



# estudo técnico



Abramge . Sinamge . Sinog  
Ano IV. Nº 06. Janeiro 2019

Custos em saúde  
e o desequilíbrio  
em plano individual



abramge • sinamge • sinog



# estudo técnico

**Abramge . Sinamge . Sinog**

Ano IV. Nº 06. Janeiro 2019

## *Apresentação*

O aumento de custos tem sido um dos principais assuntos do setor de saúde na última década. É uma realidade mundial, não restrita ao mercado brasileiro.

O tema afeta a todos os integrantes do setor: as operadoras detectam os custos crescentes e revisam os processos sem prejuízos à qualidade, porém com eventual impacto financeiro, majorando os preços dos planos de saúde; os contratantes, sejam pessoa física ou jurídica, recebem os percentuais de reajustes sempre acima de sua recomposição salarial.

Torna-se imprescindível um diagnóstico abrangente do problema e tomada de iniciativas setoriais que objetivem tratar das raízes do aumento do custo médico-hospitalar.

Este trabalho não pretende exaurir o assunto, mas sim contribuir de forma técnica, com base em evidências e dados, que demonstrem a problemática do crescimento dos custos em saúde, indicando inclusive o comportamento da frequência de utilização e do preço médio dos procedimentos cobertos. O estudo também aponta de forma bastante simplificada o desequilíbrio existente no mercado de planos individuais, que por um lado enfrenta custos crescentes e por outro reajustes insuficientes.

Além disso, exalta a importância de construir uma agenda pautada em soluções que mitiguem o crescimento dos custos, com maior participação do beneficiário, maior alinhamento entre operadoras e prestadores e racionalização do processo regulatório, de modo que esse não seja empecilho para a adoção de novos produtos e modelos de atenção.

## Custos em saúde e o desequilíbrio em plano individual

Os planos de saúde exercem papel fundamental para o desenvolvimento econômico e social do país ao viabilizar acesso a uma extensa rede de atendimento e ampla cobertura de procedimentos, tão necessários para a reabilitação, prevenção de doenças e promoção da saúde. Contribui também para o aumento do investimento e do emprego, desenvolvendo novas estruturas de atendimento, tanto nas capitais quanto no interior do país.

Para além de sua relevância, há uma preocupação compreensível sobre os custos da saúde, que são elevados na perspectiva dos contratantes, sejam eles

famílias ou empresas, e insuficiente para prestadores de serviços de saúde, que alegam que os valores pagos por operadoras seriam baixos e não estariam corretamente reajustados.

A proposta desse trabalho é se ater ao debate técnico e expor, com base em dados e evidências, a problemática do crescimento dos custos em saúde, bem como apontar o nível de desequilíbrio que há hoje no mercado de planos individuais, que por um lado enfrenta custos crescentes, enquanto que por outro o reajuste das contraprestações é insuficiente e delimitado pela agência reguladora.



**Para além de sua relevância, há uma preocupação compreensível sobre os custos da saúde, que são elevados na perspectiva dos contratantes e insuficientes na visão dos prestadores de serviços de saúde**



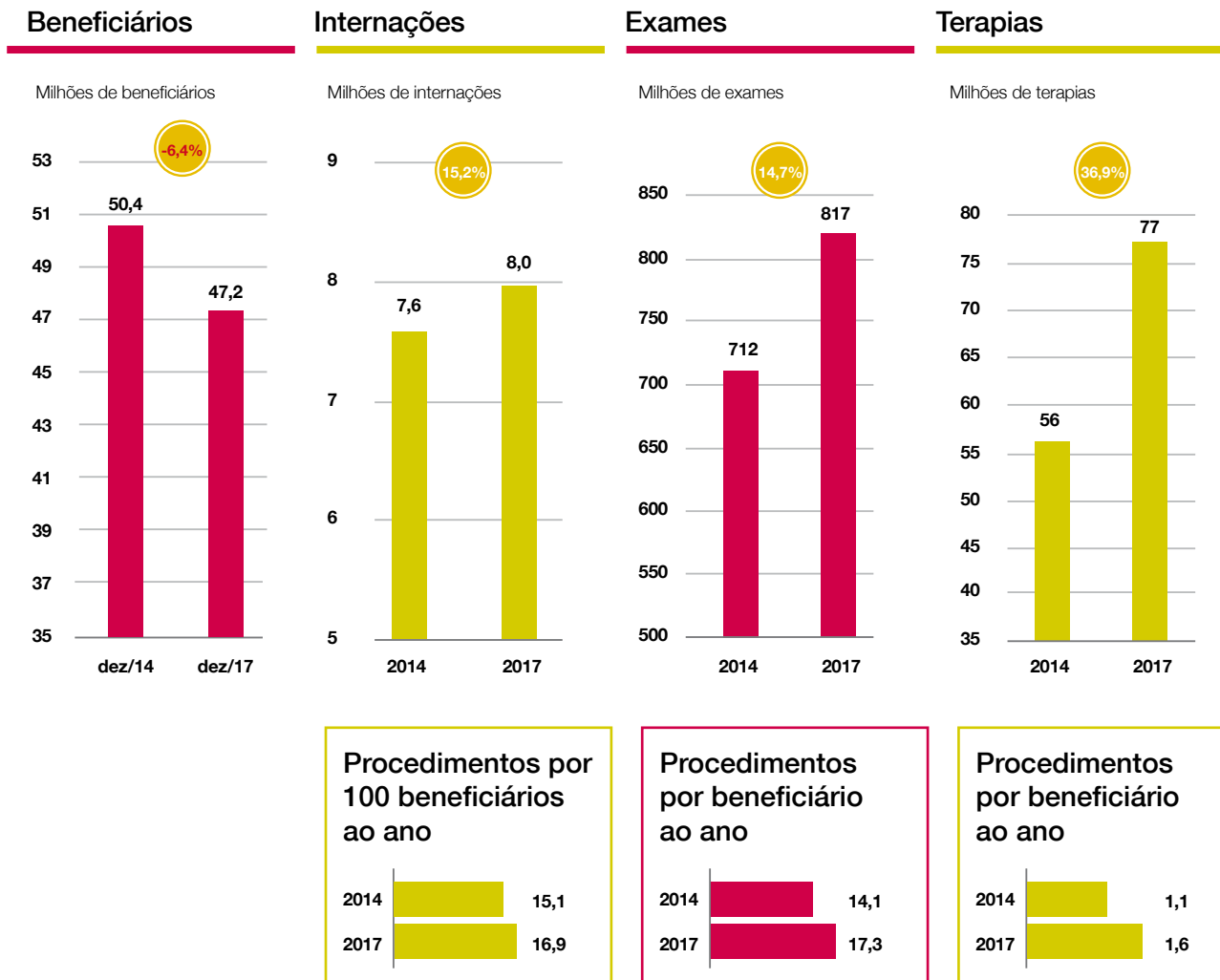
### Custos em Saúde

A verdade é que os custos em saúde crescem a dois dígitos ao menos desde junho de 2011, segundo aponta o indicador Variação de Custo Médico-Hospitalar – VCMH – divulgado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. O índice VCMH, é um cálculo de variação anualizado que alcançou a marca histórica de 20,6% em janeiro de 2017, mesmo ano em que o reajuste de plano individual foi de 13,5%.

Entre 2014 e 2017, enquanto o número de beneficiários de planos de saúde recuava de 50,4 milhões para 47,2 milhões, queda de 6,4%, o volume anual de internações cresceu 5,2%, o de exames aumentou 14,7% e as terapias avançaram 36,9%.

O resultado foi um crescimento significativo do número médio de procedimentos cobertos, passando, por exemplo, de 14,1 para 17,3 exames por beneficiário ao ano, um aumento médio de três exames por pessoa. As terapias e as internações foram na mesma linha e aumentaram de 1,1 para 1,6 terapias e 0,15 para 0,17 internações por pessoa, consolidando crescimento de 45% e 12%, respectivamente.

Importante notar que a redução do número de beneficiários em qualquer mercado tradicional deveria implicar em uma diminuição no consumo de bens e serviços ou uma manutenção do nível, o que não é verdade para o mercado de saúde.

**Gráfico 1 - Variação de número de beneficiários e de quantidade de procedimentos realizados**

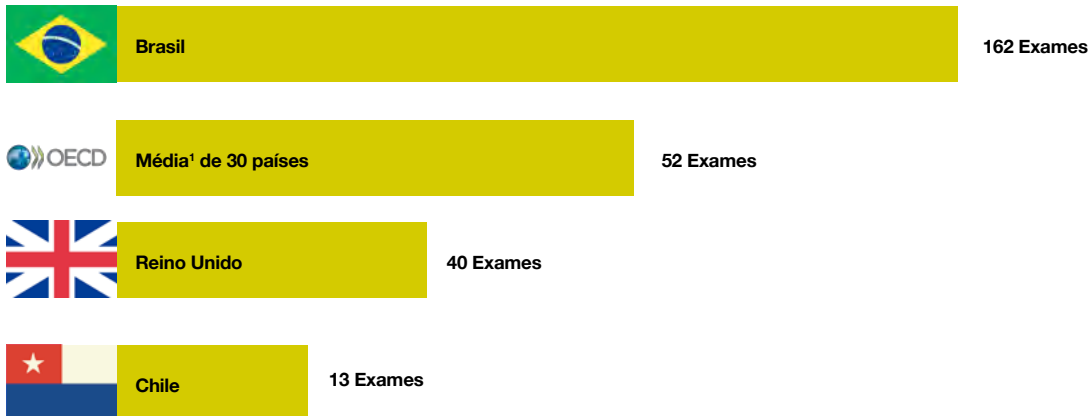
Fonte: Elaboração própria a partir de informações do Mapa Assistencial 2017 (ANS).

Na saúde suplementar a frequência de utilização das coberturas do plano acompanha outras variantes que não só econômicas, como: epidemiologia, envelhecimento da população, incorporação de novas tecnologias, epidemias, disponibilidade e proximidade da rede de atendimento, nível de acesso a serviços mais especializados, presença ou não de mecanismos financeiros de regulação no produto, entre outros.

Outro fator determinante que contribui para o aumento da frequência de utilização das coberturas é o desperdício de exames de alta complexidade. A título de exemplo, a Saúde Suplementar brasileira é campeã mundial em realização de exames de imagem por ressonância magnética, com uma média de 162 exames por ano para cada 1 mil beneficiários de planos, enquanto a média dos países desenvolvidos alcança apenas 52 exames.

## Gráfico 2 - Quantidade de exames de ressonância magnética realizados em 2017

Número de exames para cada 1.000 habitantes ou beneficiários.



Obs: <sup>1</sup> 30 países participantes da Org. para Cooperação e Desenvolvimento Econômico.

Fonte: Elaboração própria a partir de informações do Mapa Assistencial 2017 (ANS).

Outro exemplo que confirma a complexidade de acompanhar a dinâmica da demanda por coberturas de saúde, pode ser observado quando o aumento da rotatividade de emprego na empresa contratante implica no crescimento do consumo de serviços de saúde por conta do receio da perda do emprego e conseqüentemente do plano - trata-se de fator totalmente exógeno à operadora, ao prestador e ao contratante, mas que afeta diretamente a dinâmica de

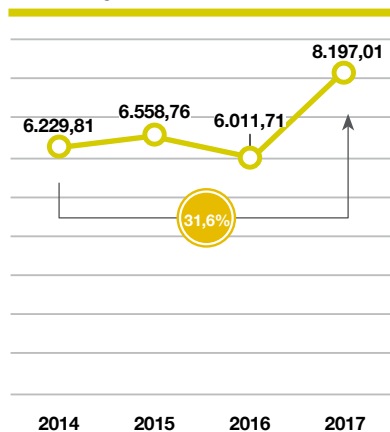
custos do segmento.

Além disso, tão importante quanto a variação da frequência de utilização dos procedimentos, é a mudança de preço dos produtos e serviços cobertos sujeitos a dinâmica da incorporação de tecnologias e mudança no padrão epidemiológico da população. No mesmo período, compreendido entre 2014 e 2017, o preço médio das terapias cresceu 16,2%, dos exames 30,1% e das internações 31,6%.

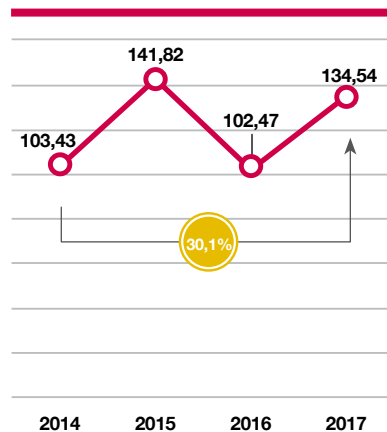
## Gráfico 3 - Variação do preço médio por tipo de evento coberto (em R\$)

Em R\$

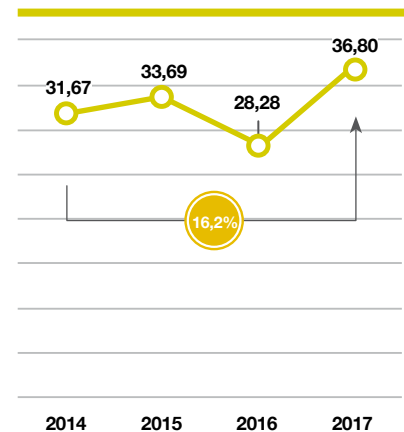
Internações



Exames



Terapias



O aumento embute alteração do preço de cada procedimento e da composição do evento coberto, ou seja, reflete uma interação de dois efeitos:











- a. Preço: é reflexo de mudança do preço individual do evento, por exemplo, reajuste do medicamento, da consulta, do exame ou das taxas hospitalares;
- b. Composição: é reflexo da mudança na composição do evento, por exemplo, aumento das indicações de quimioterápico oral, que são mais caros, em detrimento do uso do medicamento por acesso venoso. Ou ainda o crescimento da utilização de equipamentos de imagem

mais avançados vis-à-vis aos mais comuns e de preço mais barato.

Juntos, o aumento da frequência de utilização das coberturas e do preço médio do procedimento, atuam como multiplicadores de custos, inflacionando a despesa médico-hospitalar.

Entre 2014 e 2017, por exemplo, o custo das consultas avançou 36,1%, índice elevado, mas inferior ao aumento dos exames 42,3%, das internações 47,8% e das terapias, que quase duplicaram, registrando crescimento de 90,1%.

#### Gráfico 4 – Variação de Custos Médico-Hospitalares – 2014 a 2017

2014	2017	Varição do custo anual por beneficiário
 <p>5,4 consultas ao ano por beneficiário R\$ 64 por consulta R\$ 343 ao ano por beneficiário</p>	<p>5,7 consultas ao ano por beneficiário R\$ 82 por consulta R\$ 467 ao ano por beneficiário</p>	 <p>36,1%</p>
 <p>14,1 exames ao ano por beneficiário R\$ 32 por exame R\$ 447 ao ano por beneficiário</p>	<p>17,3 exames ao ano por beneficiário R\$ 37 por exame R\$ 637 ao ano por beneficiário</p>	 <p>42,3%</p>
 <p>1,1 terapias ao ano por beneficiário R\$ 103 por terapia R\$ 115 ao ano por beneficiário</p>	<p>1,6 terapias ao ano por beneficiário R\$ 135 por terapia R\$ 220 ao ano por beneficiário</p>	 <p>90,1%</p>
 <p>0,15 internações ao ano por beneficiário R\$ 6.200 por internação R\$ 938 ao ano por beneficiário</p>	<p>0,17 internações ao ano por beneficiário R\$ 8.200 por internação R\$ 1.385 ao ano por beneficiário</p>	 <p>47,8%</p>
 <p>Custo médio anual por beneficiário R\$ 1.844</p>	<p>Custo médio anual por beneficiário R\$ 2.710</p>	 <p>46,9%</p>

Fonte: Elaboração própria a partir de informações do Mapa Assistencial 2017 (ANS).

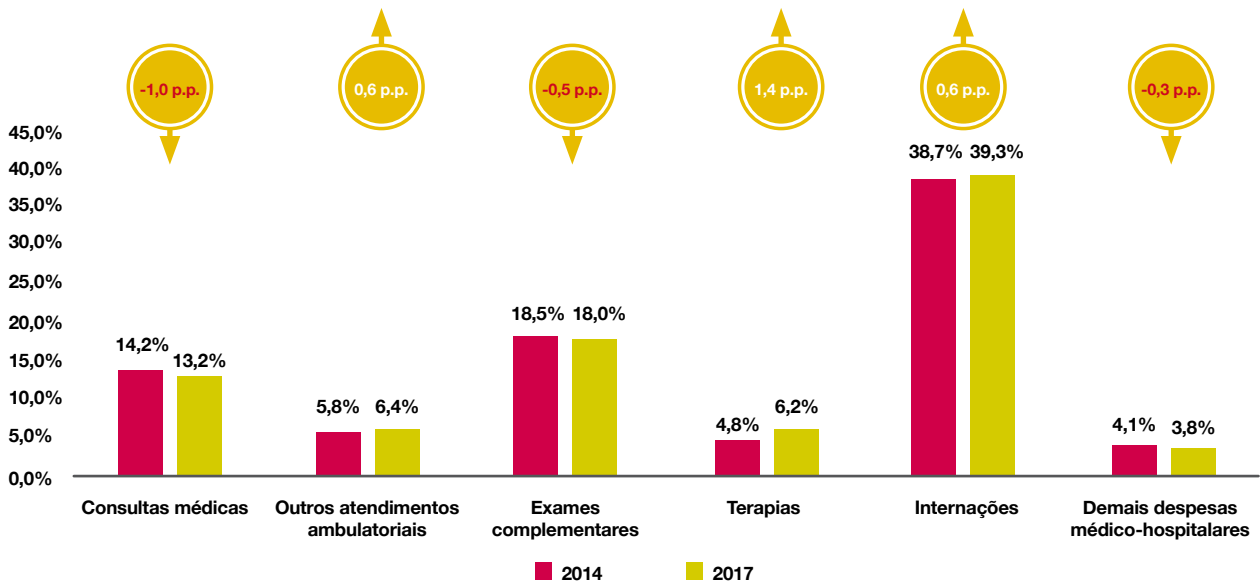
A problemática do aumento dos custos médico-hospitalares não termina por aí, afinal de contas, a sua composição baseada em introdução de tecnologias e venda de materiais e medicamentos desloca o equilíbrio das despesas com saúde em favor de prestadores que utilizam estes materiais.

De 2014 a 2017, por exemplo, as consultas médicas perderam participação no total de despesas assistenciais passando de 14,2% para 13,2% do total de despesas assistenciais pagas pelas operadoras de planos de saúde, ou seja, uma redução de 1 ponto

percentual. Enquanto isso, as despesas com terapias e internações que representavam 4,8% e 38,7%, respectivamente, cresceram e passaram a consumir 6,2% e 39,3% dos recursos do setor.

Esse resultado evidencia que os recursos do setor estão sendo consumidos cada vez mais por prestadores de serviço que tem materiais e principalmente medicamentos em sua composição de custos, em detrimento de atividades eminentemente relacionadas à prestação de serviços e ao atendimento médico (como consultas).

**Gráfico 5 - Participação do grupo de procedimento no total de despesas assistenciais – 2014 e 2017**



Fonte: Elaboração própria a partir de informações do Mapa Assistencial 2017 (ANS).

## Desequilíbrio no mercado de planos individuais

Na perspectiva do contratante o problema é outro. Os reajustes necessários para equilibrar o aumento dos custos da saúde são superiores à sua disponibilidade de renda, fazendo com que indivíduos e empresas comecem a comparar o aumento dos planos com outros índices de inflação.

É frequente e perigosa essa comparação. Isso por que os índices de inflação medem variação geral de preços na economia, ou seja, quando o preço de um determinado bem ou serviço sobe de R\$ 100 para R\$ 105, dizemos que houve uma inflação de 5%.

Para o cálculo de índices de inflação, entidades como o IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – estabelecem previamente uma cesta de consumo padrão, que reflete a variedade e quantidade de bens e serviços consumidos em média pelos brasileiros. Posteriormente, o Instituto mantém essa cesta inalterada ao longo do tempo. O indicador de inflação expurga mudanças na quantidade de bens e serviços consumida mantendo esse parâmetro constante.

Já o reajuste do plano de saúde deve ser baseado em uma medida de variação de custos e não de preço, o que embute mudança do preço, da quantidade de bens e serviços consumidos e da composição dos procedimentos utilizados.

Conceitualmente o reajuste de planos individuais deveria estar amparado na variação de custo médico-hospitalar, mas historicamente não foi assim. A partir de 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar definiu pela primeira vez o índice teto para fins de reajuste dos planos individuais. Na época, período marcado pelo início da regulação e pela criação da própria agência, foi estipulado provisoriamente que o teto dos reajustes seria o índice nacional de preços ao consumidor amplo (IPCA).

No ano seguinte, a Agência adotou a metodologia vigente até os dias de hoje, o *Yardstick Competition* – sem dúvida, uma inovação para a época. O método tem por princípio trazer a dinâmica de um mercado competitivo para um



mercado regulado. Em saúde suplementar, isso significou amparar o reajuste do plano individual em medidas estatísticas relacionadas ao reajuste aplicado pelas operadoras nos planos coletivos.

Como as operadoras informam os índices de reajuste aplicados aos contratos coletivos, a ANS passou a avaliar este banco de dados como *benchmarking* para a definição do índice teto para os reajustes de planos individuais.

Apesar do considerável avanço, algumas questões importantes não foram equacionadas:

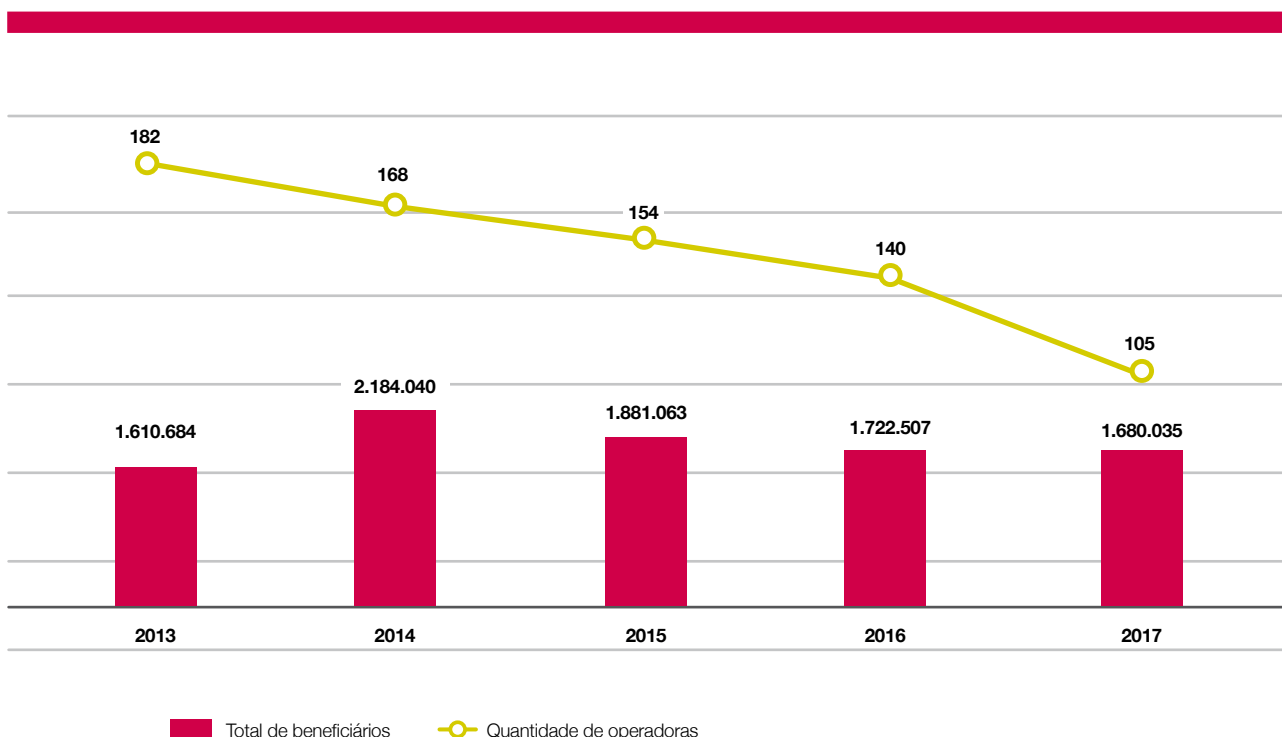
- A diferença entre estes dois mercados, em especial, por conta da flexibilidade de negociação nos planos coletivos. Nesses o índice de reajuste é reflexo de outras variáveis, por exemplo, mudança negociada da rede de atendimento ou do mecanismo financeiro de regulação podem implicar na redução do índice de reajuste.

- A regulação de índice por média do mercado. Ao regular o mercado por um único índice, a agência desconsidera a ocorrência de desequilíbrios pontuais em cada operadora.

Ao longo do tempo a política de reajuste de planos individuais criou desequilíbrios não equacionados corretamente, que deveriam ser corrigidos por meio de revisão técnica, instrumento previsto na Legislação Brasileira de Saúde Suplementar, mas com aplicabilidade suspensa pela própria ANS.

O desequilíbrio é evidente. Para mais de uma centena de operadoras de planos de saúde a receita de contraprestações de planos individuais não é suficiente para cobrir as despesas contratuais. Atualmente, quase 1,7 milhão de beneficiários correm o risco de no futuro perderem seus planos devido a possível insolvência dessas operadoras, e, caso isso ocorra, necessitarão buscar outros produtos no mercado.

**Gráfico 6 – Quantidade de operadoras que têm desequilíbrio na carteira de plano individual**



A ANS publicou em dezembro de 2018 nova metodologia de reajuste de planos individuais baseada em modelo do tipo *price cap*, com uso de variáveis contábeis para mensurar a variação de despesas assistenciais per capita ano após ano e implementação de fatores de desconto: faixa etária e de eficiência.

O modelo de reajuste do tipo *price cap* contrapõe o de taxa de retorno, e ambos foram desenvolvidos com foco em mercados em que há monopólio natural. Com o advento do *price cap*, os reguladores passam a optar por este modelo vis-a-vis a taxa de retorno, vez que esta não estimularia a eficiência e a redução dos elevados custos presentes nestes setores, geralmente capital intensivo (investimento em infraestrutura e P&D).

São exemplos de setores regulados que adotam o modelo de *price cap*: energia elétrica, telecomunicações e medicamentos. Ressalta-se que em energia elétrica o regulador entendeu haver custos gerenciados (que estão sob o controle da distribuidora) e não gerenciados, relacionados à geração de energia elétrica – mesmo em casos em que a distribuidora é “verticalizada” (detentora do ativo de geração). Neste caso, o aumento do custo não gerenciado é repassado seguindo parâmetros pré-estabelecidos enquanto que para o custo gerenciado o regulador impõe regras de estímulo a eficiência. Nenhum destes setores tem características minimamente semelhantes ao setor de saúde suplementar, conforme apontado adiante:

	Energia elétrica, telecomunicações e medicamentos	Planos de Saúde
<b>Estrutura de custos</b>	Elevado custo fixo e de capital (investimento em infraestrutura e P&D)	Elevado custo variável atrelado a cobertura de procedimentos (85% de sinistralidade)
<b>Organização do mercado</b>	Monopólio natural com barreiras à entrada de novos competidores	Mercado concorrencial com baixas barreiras a entrada de novos competidores
<b>Produto</b>	Na sua maioria são <i>utilities</i> e bens essenciais com alta taxa de penetração na população	Produto de adesão voluntária, sujeito a assimetrias de informação
<b>Abrangência da regulação de preço</b>	Em energia elétrica os custos não gerenciados junto a fornecedores (geração de energia) são relevantes, mas o Estado regula os diversos atores, inclusive o segmento de geração (leilões de oferta de energia)	Estado regula apenas as operadoras de planos de saúde e não tem <i>enforcement</i> para a regulação de custos de prestadores de serviços de saúde
<b>Tecnologia</b>	Incorporação de tecnologia tende a reduzir custos	Incorporação de tecnologia tende a incrementar os custos

Ainda não é conhecida experiência em que foi aplicado o modelo de reajuste do tipo *price cap* para setor com características semelhantes a saúde suplementar brasileira.

Entretanto, a metodologia será adotada já a partir de 2019, de modo que, após o início de sua vigência será fundamental acompanhar os resultados gerados pelo novo modelo e estabelecer medidas corretivas, caso necessário.

Interessante notar que as discussões ocorridas até aqui se concentraram no controle do reajuste do plano de saúde, esquecendo que este é apenas reflexo do

aumento do custo, o que implicou em deixar de lado iniciativas que poderiam mitigar o crescimento do custo.

Exemplos de iniciativas que vão de encontro a experiências exitosas no controle dos custos em saúde são:

- Criação de novos planos de saúde com alterações no modelo de financiamento (sem alterar coberturas e direitos) de modo que o beneficiário participe do processo de cobertura, seja por meio de coparticipação, franquias ou ainda modelos mistos de pagamento<sup>1</sup>. Tais modelos contribuem para que o beneficiário se torne um consumidor de serviços de

<sup>1</sup>Produto que mistura coberturas em pré-pagamento e pós pagamento, assim como define a Resolução Normativa N°59 para a odontologia.

saúde, fiscalizando e exigindo qualidade não só do plano, mas também da prestação de serviços;

- Aumentar o foco em atenção primária à saúde e medicina preventiva, promovendo uma mudança cultural no cuidado à saúde e estimulando a adesão dos beneficiários. Tais medidas devem envolver todos os participantes desse processo, inclusive a regulação, cujas regras impactam no prazo de atendimento para acesso direto a especialistas; alteram o rol de eventos e procedimentos incorporando avançados tratamentos sem hierarquização e uma devida análise de impacto econômico/regulatório, autuações e sanções;

- Adoção de remuneração de prestadores diferente do modelo mais utilizado no Brasil atualmente, o fee for service, que remunera pela utilização de serviços prestados ou realizados.

A criação de novos produtos e melhoria da dinâmica do atendimento na saúde suplementar não só mitigaria a problemática do custo, mas também contribuiria para a inclusão de mais brasileiros na cobertura de serviços de saúde, oferecendo proteção financeira para famílias que hoje não têm planos de saúde, utilizam serviços privados pontualmente de maneira particular e estão à mercê da oscilação do risco, descobertos para procedimentos de alto custo, por exemplo.

## Estudo Técnico

Estudo Técnico é uma publicação de circulação nacional produzida pelo Sistema Abramge – Associação Brasileira de Planos de Saúde, Sinamge – Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo e Sinog – Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo, destinada aos executivos e colaboradores das operadoras de planos médicos e odontológicos; associações e entidades de classe; autoridades e servidores federais, estaduais e municipais; prestadores e fornecedores de serviços médicos e odontológicos; hospitais; laboratórios farmacêuticos; laboratórios de imagem e análises clínicas; sindicatos de trabalhadores e patronais; órgãos e veículos de comunicação.

A reprodução, total ou parcial desta publicação somente é permitida com citação da fonte

**Cômite Executivo Sistema  
Abramge/Sinamge/Sinog**

**Expediente  
Editores Responsáveis**

Reinaldo Camargo Scheibe – Presidente da Abramge  
Cadri Massuda – Presidente do Sinamge  
Geraldo Almeida Lima – Presidente do Sinog  
Carlito Marques – Secretário Geral da Abramge  
Paulo Gabriel – Diretor da Abramge  
Lício Cintra – Diretor do Sinamge  
Antonio Laskos – Diretor Executivo do Sistema Abramge

Economista Chefe: Marcos Novais  
Economista: Gustavo Bruschi  
Jornalista Responsável: Gustavo Sierra. Mtb 76.114  
Gerente de Marketing e Eventos: Keiko Otsuka Mauro  
Projeto Gráfico: Gilvan Filho  
Impressão: Gráfica Referência



abramge • sinamge • sinog

Rua Treze de Maio, 1540. Bela Vista  
013027-002 . São Paulo . SP

11 3289.7511 . [imprensa@abramge.com.br](mailto:imprensa@abramge.com.br)