

Conjuntura – Saúde Suplementar

IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

3ª Edição
Maio de 2008

Editorial

No dia 30 de abril, a ANS divulgou o reajuste máximo autorizado para os planos de saúde individuais ou familiares contratados posteriormente à Lei 9.656 ou a ela adaptados. O percentual foi de 5,48%. Entre abril de 2007 e março de 2008 o índice de inflação, medido pelo IGP-M, variou 9,80% e pelo INPC, 5,50%.

Índices de inflação não medem a variação das despesas médico-hospitalares, pois medem apenas a variação dos preços dos produtos e serviços assistenciais. A variação de despesa é dada pela variação dos preços e das quantidades consumidas. Índices de preço não capturam o efeito do aumento da frequência (quantidade) de utilização dos serviços nem a incorporação de tecnologia em saúde, cada vez mais acelerada.

Estudos da Towers-Perrin, por solicitação do IESS, demonstram que a variação das despesas médico-hospitalares para um conjunto expressivo de planos individuais, antigos e novos, tem se situado consistentemente acima de 10% ao ano nos últimos 2 anos.

Um reajuste que não cobre a variação de despesas está, obviamente, aquém das necessidades de cobertura dos custos assistenciais das OPS.

A este reajuste aquém das variações das despesas assistenciais, devem-se

somar os custos decorrentes da regulação, como o custo da formação de reservas e garantias, o custo da implantação da TISS e o custo da profissionalização da gestão e governança corporativa.

Em médio e longo prazo a política de reajuste empregada pela ANS poderá levar as operadoras a enfrentar severas dificuldades, podendo mesmo implicar a extinção de muitas dessas empresas. A seção 4 contém uma discussão mais detalhada sobre o assunto.

Em março deste ano a ANS divulgou informações da saúde suplementar para dezembro de 2007. Chama a atenção o crescimento anual de 5,2% registrado no número de beneficiários de planos médico-hospitalares. Desde 2004 os dados da ANS apresentam expansão superior a 5% a.a. Parte deste crescimento pode ser atribuída à melhoria dos registros das OPS junto à agência.

Outro importante fato na área de saúde foi a aprovação pelo Senado, em 9 de abril, do Projeto de Lei Complementar 121/07 que regulamenta a Emenda Constitucional 29. A finalidade da Emenda é fixar percentuais mínimos para serem investidos em saúde pelas três esferas de Governo. O projeto ainda passará pela Câmara dos Deputados.

No caso da União o percentual será gradativamente elevado de 8,5% em 2008 para 9% em 2009 e 10% em 2011. Espera-se que a saúde ganhe um reforço de R\$ 23 bilhões acumulados até 2011 com a aprovação do PL.

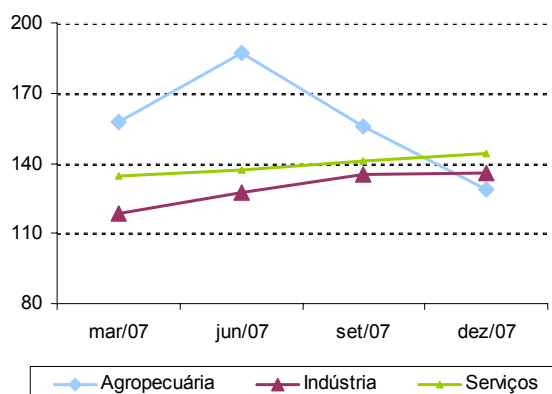
Os dados macroeconômicos confirmam a tendência de expansão da economia brasileira, com crescimento robusto do PIB, formalização do mercado de trabalho e elevação do rendimento médio dos brasileiros. Evidentemente, isso é uma boa notícia para a saúde suplementar, pois amplia o seu mercado potencial.

Este crescimento poderia ser impulsionado por uma maior flexibilidade regulatória que permitisse o desenho de contratos adequados aos estratos sociais de renda média e baixa e assim lhes facilitasse o acesso aos planos e seguros de saúde.

Também em 30 de abril, o Brasil atingiu o chamado grau de investimento, conforme conceituada agência de classificação de risco. Este fato, aliado às elevadas taxas de juros, provavelmente levará à maior entrada de capitais no país e valorização do Real frente ao Dólar.

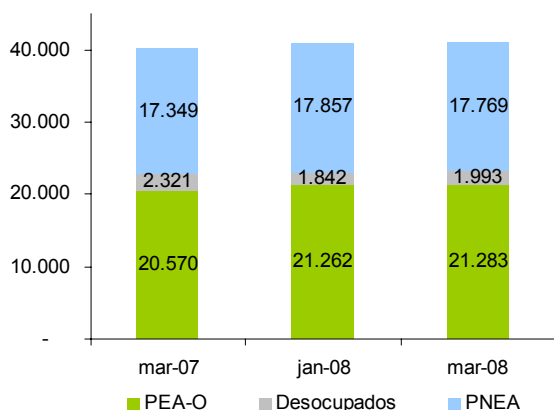
José Cechin
Superintendente Executivo

Gráfico 1. Índice trimestral do valor adicionado por setor de atividade - Agropecuária, Indústria e Serviços - 2006-2007 (média de 1995=100)



Fonte: Contas Nacionais Trimestrais – IBGE

Gráfico 2. PME: Distribuição da população (PEA) e (PNEA) – mar07 a mar08 (mil pessoas)



Fonte: PME – IBGE

Tabela 1. PME: Distribuição da PEA ocupada segundo posição na ocupação janeiro e março de 2008

	Posição jan/08		Posição mar/08		Δ %
	%	nº mil	%	nº mil	
Com Carteira	44,4	10.259	44,2	10.294	0,3
Conta Própria	17,8	4.110	17,6	4.090	(0,5)
Sem Carteira	18,2	4.204	17,7	4.129	(1,8)
Empregadores	4,2	972	4,2	970	(0,2)
Ñ. remunerados	0,0	12	0,0	4	(0,7)
Domésticos	7,1	1.650	7,0	1.621	(1,8)
Setor Público	6,7	1.557	7,1	1.642	5,5

Fonte: PME – IBGE

1. Cenário macroeconômico

1.1 PIB

O PIB brasileiro (a preços correntes) atingiu no trimestre outubro-dezembro de 2007 R\$ 679.583 milhões, valor 5,3% superior ao trimestre anterior.

Em 2007, o melhor desempenho foi da Indústria, seguida dos Serviços. A Agropecuária que apresentou desempenho positivo de março a junho, caiu nos dois trimestres seguintes a um nível inferior daquele registrado no início de 2007. Este fato explica a alta no preço dos alimentos recentemente verificada, indicando tratar-se de um choque de oferta, e não apenas de aquecimento da demanda interna.

1.2. Emprego - PME

A Pesquisa Mensal de Emprego – PME do IBGE para março de 2008 divulgou significativa redução na taxa de desocupação em relação ao mesmo mês em 2007, de 10,1% para 8,6%. A PEA ocupada em março era composta por 21.283 mil indivíduos.

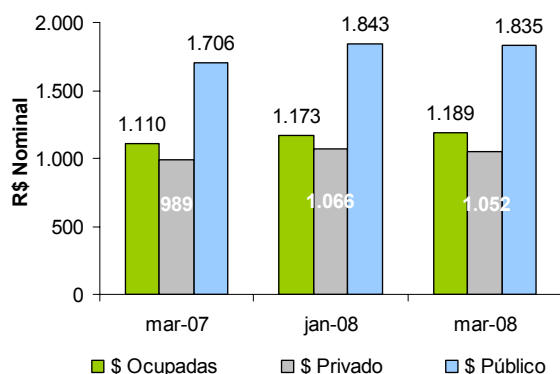
Chama a atenção o aumento do emprego com carteira assinada, de 8% entre março de 2007 e 2008. A formalização do mercado de trabalho é particularmente importante para a saúde suplementar, pois possibilita que mais indivíduos tenham acesso a planos de saúde oferecidos por seus empregadores ou mesmo adquiram individualmente o plano, dado que passam a contar com maior renda.

A Tabela 1 mostra como se compõe a PEA e como cada posição na ocupação variou em relação a dois períodos: janeiro de 2008 a março de 2008. Percebe-se claramente a variação positiva no trabalho formal (setor público incluído) e queda no trabalho sem carteira.

1.3. Renda - PME

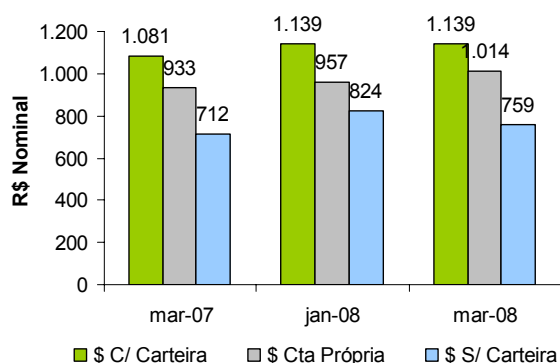
A renda média das pessoas ocupadas também se elevou. Segundo a PME, em março de 2007 o rendimento nominal mensal habitualmente recebido era R\$ 1.110 e em março de 2008 passou a R\$ 1.189, um crescimento nominal de 7,1% - no setor privado a variação foi de 6,4%, enquanto no setor público foi de 7,6%. Contudo, entre janeiro e março de 2008 ambos os setores, público e privado, tiveram pequenas quedas no rendimento médio,

Gráfico 3. PME: Rendimento nominal mensal habitualmente recebido – mar07-mar08



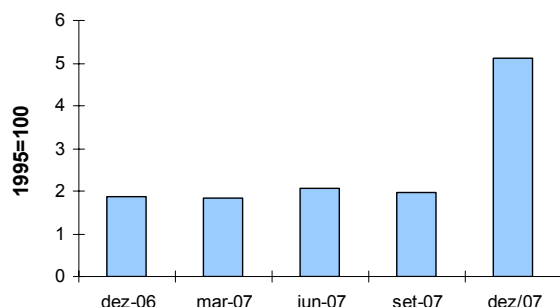
Fonte: PME – IBGE

Gráfico 4. PME: Rendimento médio nominal no trabalho habitual principal – setor privado – mar07-mar08



Fonte: PME – IBGE

Gráfico 5. Variação trimestral do índice de despesa com consumo das famílias (média de 1995=100) com e sem ajuste sazonal - 2006-2007



Fonte: Contas Nacionais Trimestrais – IBGE

de R\$8 e R\$ 14, respectivamente.

No setor privado, os trabalhadores com carteira assinada são os que recebem o maior rendimento médio (R\$1.139), seguidos dos trabalhadores por conta própria (R\$ 1.014) e dos sem carteira (R\$ 759).

Cabe notar que os trabalhadores por conta própria tiveram um aumento médio de seus rendimentos da ordem de 8,7%, o maior entre os trabalhadores do setor privado.

1.4. Consumo

O consumo das famílias aumentou aproximadamente 11%, reflexo da expansão do emprego, renda e crédito. A recente reversão da trajetória de queda da taxa básica de juros pode dificultar a continuidade do crescimento de crédito ao consumidor ou demandar prazos maiores de pagamento dos empréstimos em 2008.

1.5. Inflação

A inflação medida pelo IPCA manteve a trajetória ascendente. Em abril de 2008 a variação mensal foi de 0,55%, valor superior a março (0,48%). Nos últimos 12 meses o acumulado do IPCA atingiu 5,04%. O comportamento da inflação nos últimos meses influenciou a decisão do Copom de elevar a taxa básica de juros da economia.

1.6. Taxas de Juros

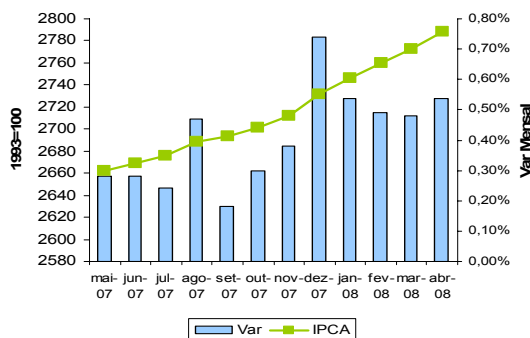
Em reunião de abril de 2008, o Copom decidiu aumentar em 0,5 p.p. a taxa básica de juros da economia, em estratégia de contenção da inflação que vem ganhando força em vários setores da economia. A elevação da Selic para 11,75% foi a primeira em aproximadamente 3 anos.

No dia 30 de abril de 2008, a agência de classificação de risco Standard & Poor's elevou a nota de crédito (rating) da dívida externa e de longo prazo do Brasil de BB+ para BBB-. Com a elevação, o país entra para o grupo de países considerados de baixo risco, chamado de grau de investimento, ou *investment grade*.

A notícia foi uma surpresa para o mercado, que não esperava para este semestre a reclassificação dos títulos brasileiros.

Essa alteração deve favorecer a entrada de capital externo de investidores que, por força de Lei ou de

Gráfico 6. Ipca: variação mensal e índice acumulado – 12 meses



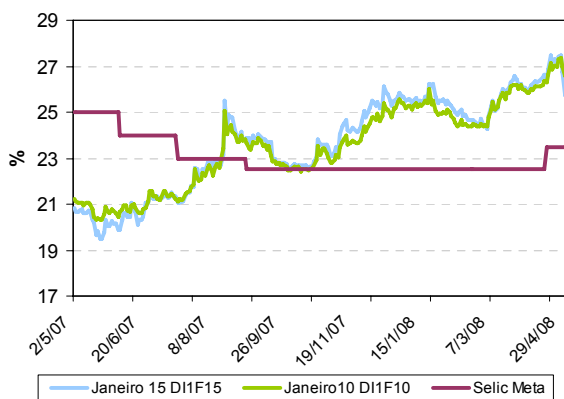
Fonte: IBGE

seus estatutos, só podem investir em ativos considerados de baixo risco.

1.7. Câmbio

Embora a obtenção do Grau de Investimento tenha permanecido como foco das atenções dos investidores brasileiros, com reflexos positivos nas operações em renda variável, observa-se um aumento das preocupações em torno da possível taxaçoão do capital externo na tentativa de conter o fluxo de capitais, o que traria conseqüências para o mercado cambial. Ademais, permanecem as preocupações em torno da elevação das expectativas de inflação e dos resultados correntes.

Gráfico 7. Meta Copom Selic e Juros de Longo Prazo – 12 meses



Fonte: Bacen e BM&F

Gráfico 8. Cotação diária PTAX Venda e Embi Brasil



Fonte: Banco Central

1.8 Resumo – Cenário macroeconômico

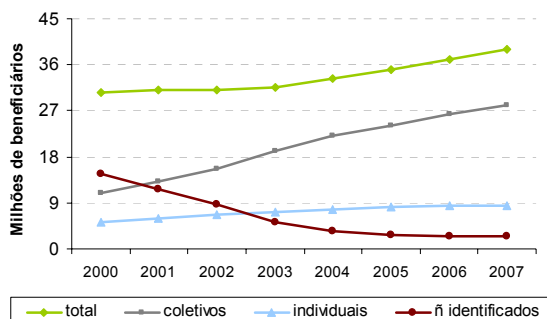
Variável	2006	2007	Δ% 2006 a 2007	
PIB nominal (R\$ Bilhões)	2.332,9	2.558,8	9,7	
Consumo do governo (R\$ Bilhões)	463,0	503,3	8,7	
Consumo das famílias (R\$ Bilhões)	1.407,9	1.557,5	10,6	
Emprego e Renda	Mar07	Mar08	Δ% Mar07 a Mar08	Δ% Jan08 a Mar08
Emprego - indivíduos ocupados (mil pessoas)	20.570	21.283	3,5	0,1
Emprego com carteira assinada (mil pessoas)	9.534	10.294	8,0	0,3
Emprego no setor público (mil pessoas)	1.550	1.642	5,9	5,5
Renda (R\$)				
Setor privado	989,10	1.051,70	6,3	(1,3)
Com Carteira Assinada	1.081,10	1.138,50	5,3	(0,1)
Setor público	1.705,70	1.835,30	7,6	(0,4)
Inflação	Ano até abr07	Ano até abr08	Últimos 12 meses	
IPCA (Δ%) – acumulado	1,51	2,08	5,04	
IGP-M (Δ%) – acumulado	1,15	3,08	9,8	
Juros e câmbio	Abr07	Abr08	Δ% últimos 12 meses	Δ% ano até abr08
Juros (Selic over) - último dia do mês	12,0	11,75	(2,1)	4,4
Câmbio (R\$/US\$) - último dia do mês	2,03	1,69	(16,7)	

Fonte: IBGE, Tesouro Nacional e Banco Central do Brasil.

Expectativas de mercado para 2008	
	2008
IGP-M (%)	6,59
IPCA (%)	4,86
Selic (%)	13,00
Câmbio (R\$/US\$)	1,74
PIB (%)	4,66

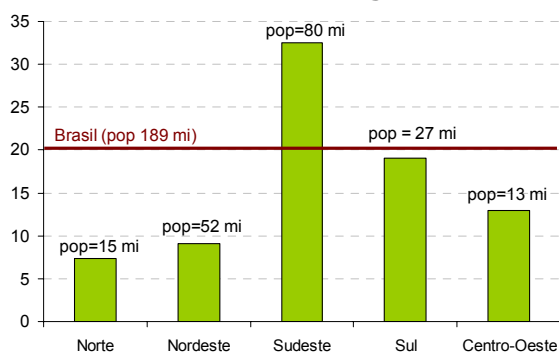
Fonte: Boletim Focus divulgado dia 02 de maio de 2008.

Gráfico 9. Número de beneficiários de planos de assistência médica, 2000-2007



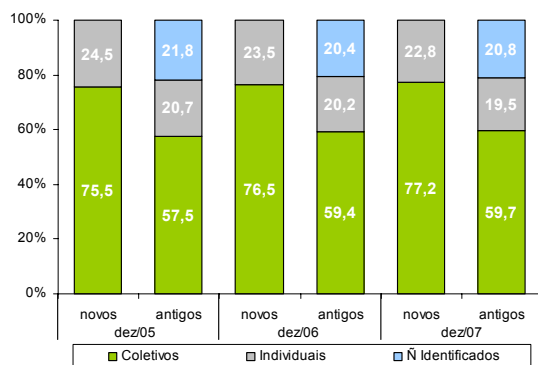
Fonte: Cadernos de Informações ANS, mar/08

Gráfico 10. Taxas de cobertura de planos de assistência médica, Grandes Regiões - dez/07



Fonte: Cadernos de Informações ANS, mar/08

Gráfico 11. Distribuição dos beneficiários de planos de assistência médica, por época e tipo de contratação - dez/05, dez/06 e dez/07



Fonte: Cadernos de Informações ANS, mar/08

2. Saúde Suplementar em Números

Em março a ANS divulgou números da saúde suplementar para o ano de 2007. Houve crescimento do número de beneficiários dos planos de assistência médica, de 37 milhões em dezembro de 2006 para 39 milhões em dezembro de 2007. Isto representa uma expansão de 5%, similar à verificada no ano anterior.

Esta expansão levou à ampliação da taxa de cobertura da saúde suplementar, de 19,8% para 20,6% da população. O Gráfico 10 mostra a taxa de cobertura por Grande Região. Claramente, observa-se correlação positiva entre a o desenvolvimento econômico da região e a taxa de cobertura.

Parte do crescimento do número de beneficiários é atribuída à melhoria no envio de dados das operadoras para a ANS. Assim, a expansão do setor pode não ser tão acelerada quanto sugerem os dados da Agência.

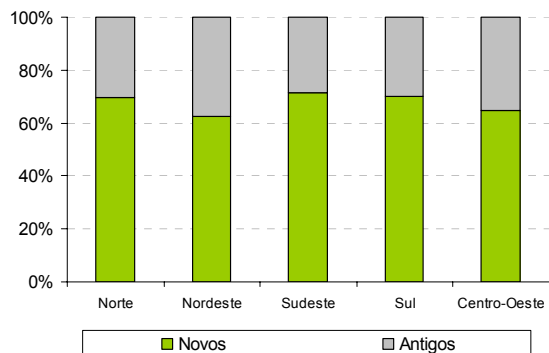
2.1. Distribuição de Beneficiários

Os planos coletivos crescem a maiores taxas do que os planos individuais. Tanto este crescimento, quanto a distribuição entre os tipos de contratação estão de acordo com o movimento de formalização verificado no mercado de trabalho e com a crescente preocupação dos empregadores em oferecer planos de saúde aos seus colaboradores. Note-se que entre os planos novos 77,2% são coletivos, contra 59,7% nos planos antigos. Contudo, como há uma elevada proporção de planos não identificados entre os antigos (20,8%), é possível que existam tantos planos coletivos antigos quanto novos.

A região Nordeste tem a maior proporção de planos antigos (37,2%) seguida da região Centro-Oeste (35%). Nas regiões Sul, Sudeste e Norte praticamente 70% dos planos foram contratados após a vigência da Lei 9.656. Evidentemente, a proporção de planos novos aumentará com o tempo, visto que planos antigos não podem ser comercializados. Uma importante implicação deste fato é a diminuição de ações judiciais referentes à saúde suplementar, dado que contratos novos são documentos mais claros.

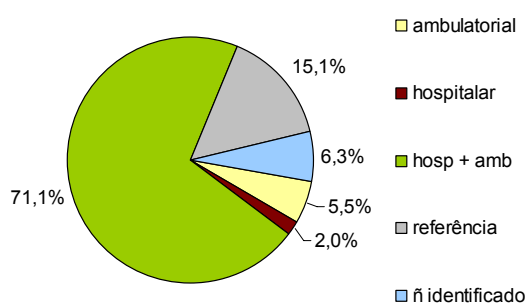
Em 2007 a distribuição de beneficiários por segmentação do plano se manteve praticamente inalterada em relação a 2006. A maioria dos beneficiários possui plano hospitalar e ambulatorial (71,1%), outros

Gráfico 12. Distribuição dos beneficiários de planos de assistência médica por época de contratação, segundo Grandes Regiões - dez/07



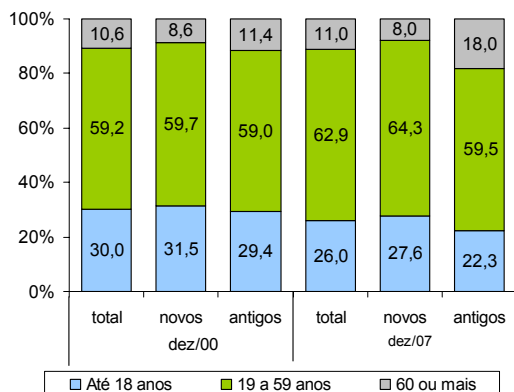
Fonte: Cadernos de Informações ANS, mar/08

Gráfico 13. Distribuição dos beneficiários de planos de assistência médica, por segmentação assistencial - dez/07



Fonte: Cadernos de Informações ANS, mar/08

Gráfico 14. Distribuição dos beneficiários de planos de assistência médica por faixa etária - dez/00 e dez/2007



Fonte: Cadernos de Informações ANS, mar/08

15,1% têm o plano referência e o restante se distribui entre ambulatorial (5,5%), hospitalar (2%) e não identificados (6,3%) – que, via de regra, são planos contratados antes da Lei.

A maioria dos beneficiários de planos de assistência médica concentra-se nas faixas etárias dos 19 aos 59 anos, ou seja, são indivíduos em idade ativa. Nos planos novos 64,3% dos beneficiários estão nesta faixa, contra 59,5% nos planos antigos.

Deve-se notar a mudança na distribuição dos beneficiários por faixa etária ocorrida desde 2000. Naquele ano 59,2% dos beneficiários estavam em idade ativa, 10,6% tinham 60 ou mais anos e 30% tinham até 18 anos. Em 2007 estes percentuais passaram a 63%, 11% e 26%. Verifica-se que há um envelhecimento da população de beneficiários. Isto é mais acentuado nos planos antigos. Em 2000, 11,4% dos beneficiários nestes planos tinha 60 ou mais anos, em 2007, o percentual passou a 18%.

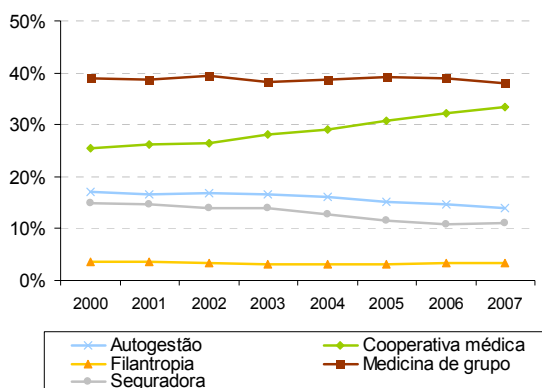
A distribuição de beneficiários entre as diferentes modalidades de operadoras também não sofreu grande alteração entre os anos de 2006 e 2007. As Cooperativas Médicas apresentaram aumento em sua participação relativa (de 32,2% para 33,4%) e as Seguradoras de 10,9% passaram a 11,1%. Medicinas de Grupo e Autogestões tiveram queda nas suas participações relativas (de 0,8 p.p. e 0,7 p.p., respectivamente) enquanto que as Filantropias mantiveram o mesmo percentual, de aproximadamente 3%.

Tomando o ano 2000 como base, se percebe que as Cooperativas Médicas tiveram uma importante expansão em sua participação relativa no número de beneficiários – de 25,4% a 33,4%. Neste mesmo período as Seguradoras perderam 4 p.p. em sua participação e as Autogestões 3 p.p. O crescimento das Cooperativas Médicas pode, em parte, ser explicado pela subnotificação de seus beneficiários. Em 1998, estima-se que estas operadoras abrigavam 10,6 milhões de beneficiários. Já em 2000 (ano em que a ANS passou a sistematicamente divulgar dados sobre o setor) este número era 7,8 milhões.

3. A Emenda Constitucional 29

Em 9 de abril o Senado aprovou o Projeto de Lei complementar 121/07 que regulamenta a Emenda Constitucional 29. A finalidade da Emenda é fixar percentuais mínimos para serem investidos em saú-

Gráfico 15. Percentual de beneficiários de planos de assistência médica por modalidade de OPS - 2000-2007



Fonte: Cadernos de Informações ANS, mar/08

de por União (10% das receitas brutas), estados (12%) e municípios (15%). Foi dado prazo até 2011 para adequação dos entes federativos a estes percentuais.

No caso da União o percentual será gradativamente elevado - de 8,5% em 2008 para 9% em 2009 e 10% em 2011. Espera-se que com a aprovação do projeto na Câmara a saúde ganhe um reforço de R\$ 23 bilhões até 2011.

A regra atual determina que todo ano o governo federal é obrigado a destinar à saúde o mesmo valor do ano anterior, acrescido do mesmo percentual de crescimento da economia.

2.2. Resumo – Saúde Suplementar

Tabela Síntese – Saúde Suplementar – dez/2007

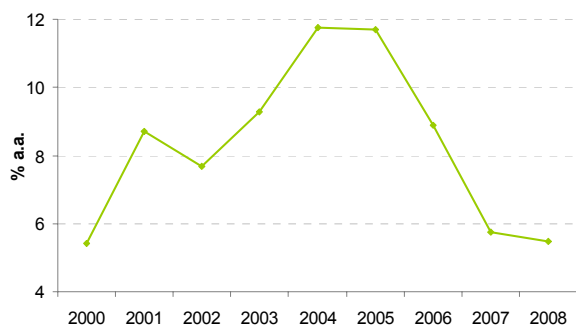
	dez/06	Δ%	dez/07
Beneficiários	37.167.560	5,2	39.093.313
0 a 18 anos	9.872.884	3,1	10.180.763
19 a 58 anos	23.198.754	5,9	24.577.219
59 anos e acima	4.068.595	6,0	4.310.684
Masculino	17.207.764	5,7	18.194.284
Feminino	19.959.796	4,7	20.899.029
Coletivos	26.340.020	6,8	28.127.787
Individuais	8.339.787	2,1	8.512.250
Taxa de cobertura (%)	19,8	4,0	20,6

Fonte: ANS

4. O reajuste dos planos de saúde

A ANS definiu que o índice máximo de reajuste dos planos de saúde individuais ou familiares contratados depois da Lei nº 9.656 ou a ela adaptados será de 5,45%.

Gráfico 16. Histórico de reajustes ANS.



Fonte: ANS

A ANS afirma que seguiu a mesma metodologia que vem sendo adotada desde 2001. Essa metodologia de cálculo não está bem explicitada para o público. Sabe-se que a ANS toma por base o reajuste praticado pelos planos coletivos que tenham mais de 50 vidas.

A razão, segundo a ANS, é para transferir aos beneficiários individuais ou familiares os supostos ganhos de eficiência e produtividade obtidos nas livres negociações entre as empresas contratantes e as operadoras. Assim colocado, o argumento parece lógico.

Entretanto, o reajuste verificado nos planos coletivos incorpora alterações nos planos. Se um contrato teve grande variação de custos, a operadora buscará repassá-los para a empresa contratante. Caso esta se negue a aceitar um reajuste muito alto, mas as duas partes desejem manter relação contratual, as empresas podem, na livre negociação, redesenhar o plano (alterando rede, prestadores, estabelecendo coparticipação como fator moderador, modificando a relação de dependentes, entre outras). O resultado é um novo plano, não comparável ao anterior. O reajuste negociado, nesse caso, não reflete a variação dos custos, mas uma mistura de variação de custos e redesenho de plano.

Deve-se, além disso, ter em mente as profundas diferenças existentes entre planos coletivos e individuais. Nos planos coletivos, todo o conjunto dos colaboradores da empresa contratante adere ao plano, independente das condições de saúde; nos individuais, ao contrário, tendem a aderir com maior frequência as pessoas que têm pior apreciação de suas condições de saúde. Em planos coletivos os beneficiários estão, geralmente, nas faixas etárias caracterizadas como idade ativa – usualmente entre 19 e 59 anos de idade, para adotar as mesmas faixas etárias da regulação dos planos. Os riscos da saúde nessas faixas são menores do que na primeira infância ou depois dos 60 anos de idade. O perfil etário nos planos coletivos não é significativamente afetado pela transição demográfica que está levando rapidamente ao envelhecimento da população brasileira. Assim, o envelhecimento populacional não é um agravante tão forte dos custos dos planos coletivos como o é para os planos individuais.

Portanto, a metodologia não está nem capturando nem repassando os supostos ganhos de eficiência e produtividade dos planos coletivos para os individuais. Como os custos são ascendentes, o método subestima o índice de reajuste necessário para fazer frente aos crescentes custos da medicina.

É bem conhecida a tendência mundial de a inflação médica superar bastante a inflação geral de preços. A Kaiser Family Foundation divulga série dos reajustes dos planos médicos que ficam, sistematicamente, acima do índice de inflação geral dos preços e do índice de reajuste salarial (Gráfico 17).

A inflação médica supera a inflação de preços porque:

- a população está envelhecendo;
- o reajuste por faixas etárias não corresponde ao incremento dos custos entre as faixas etárias;
- as pessoas buscam com maior frequência os serviços da medicina;
- as novas tecnologias salvam vidas, são mais eficazes, causam menor sofrimento mas são muito mais caras;

- os novos medicamentos também são caros;
- as novas tecnologias possibilitam que procedimentos antes arriscados tornem-se clinicamente recomendáveis e impulsionam o aumento da frequência de utilização.

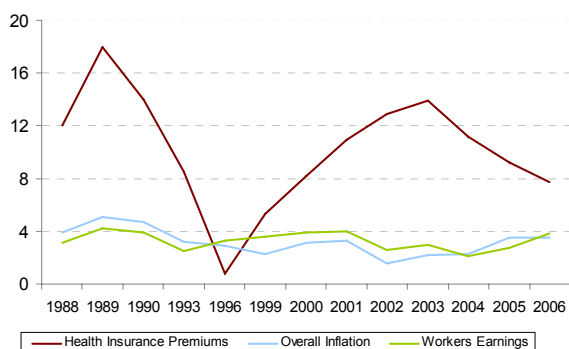
- o custo do capital, das reservas e das garantias, afetado pelos aumentos das taxas de juros;
- a necessidade de profissionalização da gestão das operadoras.

Além desses fatores, entrou em vigor no dia 02 de abril, a atualização do rol de procedimentos estabelecido pela ANS. Como já assumido pela ANS, a atualização do rol gera impactos nos custos assistenciais das operadoras com incrementos que podem superar 6%. A revisão do rol é importante para manter os planos de saúde alinhados com as tendências da medicina, mas em se tratando de um contrato privado cuja finalidade é proteger os indivíduos da ruína financeira, toda alteração que aumenta as obrigações de uma parte do contrato deve vir com o respectivo balanceamento para a outra parte.

Empresas em dificuldades financeiras não ajudam os seus beneficiários. Se alguma vier a quebrar em consequência dos sub-reajustes, seus beneficiários pagarão a conta, não somente financeira mas também a conta salgada de ficar sem cobertura.

Deveriam servir de alerta as direções fiscais recentemente determinadas pela ANS em duas operadoras que têm em conjunto algumas centenas de milhares de beneficiários. A quem essas pessoas recorrerão se essas operadoras vierem a falir?

Gráfico 17. Prêmios dos planos de saúde, salários e inflação - EUA: 1988-2006.



Fonte: Kaiser Family Foundation. (% de reajuste dos prêmios do seguro saúde, inflação geral de preços e % de reajuste dos salários).

O índice de reajuste autorizado para 2008 é menor do que a inflação brasileira do INPC, que, no período de abril de 2007 a março de 2008 foi de 5,5%. Também é bem menor do IGP-M do mesmo período, que foi de 9,09%. O reajuste somente não foi menor do que o IPCA.

Com esse índice autorizado, os custos assistenciais das operadoras não estarão sendo cobertos. Obviamente, esta discrepância causará dificuldades econômico-financeiras para muitas operadoras.

Deve-se recordar que os custos já vinham crescendo por diversas razões não ligadas aos custos da assistência médico-hospitalar, entre eles:

- a constituição das garantias e reservas estabelecidas pela ANS, como forma de aumentar a segurança no mercado;
- os investimentos em tecnologia da informação necessários para a implantação do TISS;

5. Equipe Técnica

José Cechin – Superintendente Executivo

Bruno Badia – Economista

Carina Burri Martins – Economista

Clarissa Côrtes Pires – Consultora