

# Variação de Custos Médicos Hospitalares de Planos de Saúde Individual/Familiar

Com base nas informações financeiras do ano de 2022 e em nosso melhor julgamento de seleção das Operadoras de Saúde Suplementar e Seguradoras Especializadas em Saúde - OPS/SES e análise de outliers, que estão em linha ao que a ANS considerou no IRPI 2022, estimamos que o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) dos planos individuais médico-hospitalares posteriores à Lei 9.656/98 seja de 10% a 11%, que, combinado com o IPCA, resulta em um Índice de Reajuste dos Planos Individuais (IRPI) de 9% a 10%.

João Longo, B.Sc., MIBA



Após uma redução na utilização e nas despesas assistenciais observadas em 2020 devido aos cancelamentos e adiamentos de tratamentos eletivos decorrentes das medidas de controle da Pandemia do Covid-19, o mercado brasileiro de saúde suplementar vem apresentando um aumento muito significativo das despesas assistenciais.

Ao analisarmos o setor na modalidade médico-hospitalar, com base nos dados disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, observamos que, em 2022, até o 3º trimestre, as OPS/SES apresentaram um resultado líquido negativo de R\$ 3,4 bilhões. Sendo que no 4º trimestre de 2022, as OPS/SES apresentaram uma recuperação com resultado líquido positivo de 2,9 bilhões, fechando o ano com um resultado líquido negativo de R\$ 0,5 bilhão.

A sinistralidade trimestral em 2022, vinha aumentando a cada trimestre, 86%, 92% e 93%, sendo interrompido o aumento constante apenas no 4º trimestre de 2022, que apresentou 86% de sinistralidade. A princípio, esperava-se uma redução da sinistralidade ao longo de 2022, com o retorno aos níveis anteriores à pandemia, mas o efeito observado foi o oposto, com um aumento crescente, exceto no 4º trimestre de 2022.

Em 2022, as OPS/SES, na modalidade médico-hospitalar, registraram um índice de sinistralidade acumulada em 12 meses, de 89,2%, contra 84,5% em 2019.

Embora ainda não seja possível afirmar com precisão o motivo do aumento observado, podemos destacar os seguintes possíveis fatores:

- Conforme já comentado, o represamento de tratamentos e terapias durante 2020 e 2021 que resultou na elevação dos custos em 2022, seja pelo cancelamento ou adiamento de

procedimentos que somente foram realizados em 2022 ou pelo diagnóstico tardio.

- Mudança de hábitos e comportamento dos beneficiários, que estão mais atentos aos cuidados com a saúde, especialmente em relação ao tratamento de saúde mental.
- Possíveis impactos relacionados à incorporação de novos procedimentos ao Rol, revisão das diretrizes de utilização e à discussão sobre se o rol deve ser taxativo ou exemplificativo.
- Aumento do desperdício (uso inadequado do plano de saúde/seguro saúde) e das fraudes.

Além disso, é importante frisar que apesar da redução da sinistralidade observada no 4º trimestre de 2022, não podemos afirmar que teremos uma tendência de redução das despesas assistenciais ao longo de 2023.

## Quais são as expectativas para os planos de saúde Individuais/Familiares em 2023?

Conforme apresentamos, estimamos um aumento em torno de 10% a 11% nas despesas assistenciais da carteira individual, considerando a metodologia aprovada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e publicada na Resolução Normativa nº 441/2018.

Vale ressaltar que em nossa prévia da apuração, considerando os dados até o 3º trimestre de 2022, estimamos um aumento nas despesas assistenciais da carteira individual em torno de 11% a 12%, isto é, 1pp a mais.

Antes de avaliar os percentuais apurados, é necessário discutir o modelo proposto pela ANS.

O modelo padrão da ANS é caracterizado por um método retrospectivo, ou seja, o componente IVDA reflete diretamente a variação das despesas assistenciais.

Isso significa que a variação das despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde nos últimos 12 a 24 meses de cada OPS/SES é observada e projetada considerando que os próximos 12 meses serão semelhantes. O modelo elimina a variação da idade e do ganho de eficiência esperado pelo mercado.

O IVDA é calculado pela seguinte fórmula:

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

A Variação das Despesas Assistenciais (VDA) dos planos individuais médico-hospitalares tem como objetivo técnico capturar a variação das despesas médico-hospitalares de cada operadora entre dois períodos e ponderá-las de acordo com o peso da quantidade de beneficiários de cada uma em relação à amostra total, para mitigar as diferenças de escala das diversas operadoras do mercado.

Já o Fator de Variação da Receita por Reajuste Faixa Etária (VFE) tem como objetivo eliminar o aumento da despesa assistencial decorrente do envelhecimento da população. O VDA deve ser livre do aumento por envelhecimento, pois parte da variação observada nos períodos avaliados é reflexo do aumento da utilização decorrente da idade dos beneficiários.

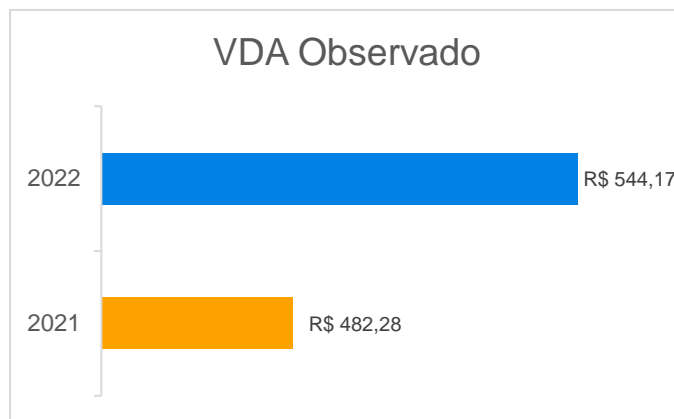
O Fator de Ganhos de Eficiência (FGE) visa estimular as operadoras de planos de assistência à saúde a melhorar a gestão das despesas assistenciais. Esse índice é calculado a cada quatro anos e aplicado anualmente. Para este estudo, consideramos o valor do FGE para o período entre 2019 e 2022, correspondente a 8,87% da VDA, conforme apurado na Nota Técnica nº 1/2019/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (Documento SEI nº 20276213).

Em nossa análise, consideramos 498 OPS/SES que possuem carteira individual/familiar de assistência médica, posterior à Lei 9.656/98 em preço pré-estabelecido, excluindo as operadoras que iniciaram sua operação no período de análise, as que tiveram seu registro cancelado junto à ANS até o fim do período em análise ou falta de despesa assistencial no período de análise. Também não foram consideradas as operadoras que não atenderam aos critérios estabelecidos para a apuração do reajuste de 2022, em virtude de ressalvas, problemas com despesas assistenciais ou beneficiários.

Foram utilizados dados financeiros públicos<sup>1</sup> disponibilizados pela ANS até o 4º trimestre de 2022. Assim, o VDA foi apurado comparando as despesas assistenciais por beneficiário e por mês de janeiro a dezembro de 2021 com as despesas

assistenciais por beneficiário e por mês de janeiro a dezembro de 2022.

FIGURA 1: VDA OBSERVADO POR PERÍODO



Conforme pode-se observar nos períodos avaliados, em 2021, o custo assistencial por beneficiário e por mês era de R\$ 482,28, tendo sofrido um aumento de 12,83% e chegando a R\$ 544,17. Parte desse aumento se deve ao envelhecimento da carteira e ao aumento da utilização dos serviços.

Ao avaliarmos o Fator de Ganho de Eficiência (FGE), considerando os totais de beneficiários de janeiro a dezembro de 2021 e janeiro a dezembro de 2022, bem como o Fator de Correção Médio na mudança de faixa etária disponível no Painel Precificação, estimamos que o VFE seja de 0,73%.

Em outras palavras, dos 12,83% observados da Variação das Despesas Assistenciais (VDA), 0,73% é reflexo do envelhecimento e 12,01% são relativos ao aumento das despesas assistenciais devido a uma maior utilização, reajuste das tabelas de honorários, materiais e medicamentos, bem como a ampliação do rol de procedimentos e etc.<sup>2</sup>

Conforme mencionado anteriormente para o FGE, mantivemos o percentual apurado na Nota Técnica nº 1/2019, isto é, 8,87% da VDA, resultando em um FGE de 1,14%. Assim, estimamos que o aumento de custo esperado para o ano de 2023 (IVDA), considerando o modelo retrospectivo, seja de 10,88%. Caso o FGE não fosse considerado, o aumento de custo esperado para o ano de 2023 seria de 12,01%.

Para fins de reajuste das mensalidades, o modelo proposto pela ANS prevê que o Índice de Reajuste dos Planos Individuais (IRPI) seja a ponderação do Índice de Variação das Despesas Assistenciais (IVDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), expurgado o subitem Plano de Saúde.

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

<sup>1</sup> Demonstrações Contábeis disponíveis no site da ANS, endereço no item Referências.

<sup>2</sup> As variações do reflexo do envelhecimento e do aumento das despesas assistenciais são multiplicativas.

- *IVDA = Índice de Valor das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares posteriores à Lei 9.656/98.*
- *IPCA Exp = Índice de Preços ao Consumidor Amplo expurgado do subitem Plano de Saúde.*

Após avaliarmos o IPCA de 2022 expurgando o subitem Plano de Saúde, temos o percentual de 5,57% e considerando os pesos propostos no modelo da ANS, o IRPI de 2023 foi estimado em 9,82%.

Considerando os dados até o 3º trimestre de 2022, estimamos um IVDA de 11,64%, que combinado com o IPCA expurgado o subitem Plano de Saúde gerou um IRPI de 10,43%.

Desta forma, com a atualização dos dados até o 4º trimestre de 2022, tivemos uma redução de 0,61pp no IRPI.

Por fim, espera-se um reajuste máximo para os contratos individuais/familiares posteriores à lei nº 9.656 ou adaptados, no período de maio de 2023 a abril de 2024, variando entre **9% e 10%**.

## Avaliando o IVDA e o IRPI segregando por Porte e Segmento da OPS/SES

Ao analisarmos o mercado de saúde suplementar no Brasil, podemos observar uma grande diversidade, seja pelas diferenças regionais decorrentes do tamanho do país, o que leva a preços de procedimentos distintos, perfis de utilização diferentes, políticas públicas de atenção à saúde e riscos assumidos pelo perfil da carteira, além dos diferentes tipos de OPS/SES e portes.

Com o objetivo de compreendermos as diversas diferenças de custos observadas no mercado e o impacto geral, realizamos uma análise segregando o estudo por porte e segmento das OPS/SES. Entretanto, é importante destacar que as análises a seguir não visam estimar um IRPI segmentado para fins de aplicação de reajuste, uma vez que o limite máximo autorizado pela ANS é único para todo o mercado.

FIGURA 2: IVDA E IRPI POR PORTE DA OPS/SES

	PORTE		
	PEQUENO	MÉDIO	GRANDE
VDA	13,84%	14,51%	10,60%
FGE	1,23%	1,29%	0,94%
VFE	0,73%	0,73%	0,73%
<b>IVDA</b>	<b>11,80%</b>	<b>12,40%</b>	<b>8,86%</b>
<b>IRPI</b>	<b>10,55%</b>	<b>11,03%</b>	<b>8,20%</b>

FIGURA 3: IVDA E IRPI POR SEGMENTO DA OPS/SES

	SEGMENTO			
	COOPERATIVA MÉDICA	MEDICINA DE GRUPO	SEGURADORA ESPECIALIZADA EM SAÚDE	FILANTROPIA
VDA	13,38%	12,42%	22,29%	9,87%
FGE	1,19%	1,10%	1,98%	0,88%
VFE	0,73%	0,73%	0,73%	0,73%
<b>IVDA</b>	<b>11,38%</b>	<b>10,51%</b>	<b>19,43%</b>	<b>8,20%</b>
<b>IRPI</b>	<b>10,21%</b>	<b>9,52%</b>	<b>16,66%</b>	<b>7,68%</b>

Como é possível observar, o IVDA e o IRPI apresentam uma variabilidade em relação à média geral do mercado, demonstrando que cada OPS/SES possui necessidades distintas. Um percentual único para todo o mercado pode agravar o déficit observado na carteira individual/familiar em diversas OPS/SES e até mesmo dificultar a entrada de novos produtos.

Ao avaliarmos por porte, constata-se que as pequenas e médias OPS/SES apresentaram uma variação de custo maior do que a média geral, o que implica em um percentual de

reajuste menor do que o necessário. Já ao avaliarmos pelo segmento da OPS/SES, as cooperativas médicas e, principalmente, as seguradoras especializadas em saúde apresentaram IVDA e IRPI acima da média do mercado.

Por fim, não é possível afirmar que todas as OPS/SES terão percentuais autorizados inferiores ao necessário. Entretanto, para a sustentabilidade do mercado como um todo e, diante do atual cenário econômico, é necessário promover debates sobre o reequilíbrio técnico.

## Qualificações

Fundamentamos as estimativas e os resultados em procedimentos atuariais, geralmente aceitos, em nosso conhecimento do mercado brasileiro e em julgamentos razoáveis, como avaliação de outliers, ajustes nas estimativas, etc. Devido à incerteza associada à natureza de projeções e às conjecturas de hipóteses utilizadas nos cálculos, os resultados reais podem variar em relação às projeções desenvolvidas.

Ao revisar estes resultados e análises é importante reconhecer a incerteza e a variabilidade dos cálculos. Dentre as causas desta variabilidade estão os fatores externos não previsíveis, que afetam as taxas de inflação geral futuras, tendências de litígio, atitudes sociais e judiciais, mudanças de benefícios e fatores econômicos. Acreditamos que os resultados reais, principalmente o IRPI a ser divulgado pela ANS, possam diferir significativamente, em qualquer direção, dos resultados projetados nesta análise, inclusive devido a julgamento e ajustes adicionais feitos pela agência, no entanto, os resultados aqui apresentados refletem nosso melhor julgamento profissional baseado nas informações disponíveis.

Ao efetuar as análises e os cálculos apresentados neste estudo, dependemos dos dados e informações públicas disponíveis no site da ANS, não sendo realizado nenhum procedimento de auditoria. Se os dados e informações disponíveis forem imprecisos ou incompletos, os resultados de nossas análises e cálculos podem da mesma forma ser imprecisos ou incompletos.

## Referências:

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa – RN 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. Rio de Janeiro: ANS, 2018 Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=MzY2Mg==> Acesso em: 17 fev. 2023

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa – RN no 531, de 02 de maio de 2022. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e revoga a Resolução de Diretoria Colegiada nº 39, de 27 de outubro de 2000, e a Resolução Normativa nº 315, de 28 de novembro de 2012. Rio de Janeiro: ANS, 2022 Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDIyNQ==> . Acesso em: 17 fev. 2023

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, Brasília, 4 jun. 1998. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm) . Acesso em: 17 fev. 2023

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Painel de Precificação Plano de Saúde. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiZGJhYzk4NDItZTU1MC00YTMjLTkwYzgtNTthOWUwMjYyNWUwIiwidCI6IjlkYmE0ODBlTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9&pageName=ReportSection5c53e7c32090a5b7d403> . Acesso em: 25 abr. 2023.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Demonstrações Contábeis. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/demonstracoes-contabeis> . Acesso em: 25 abr. 2023

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Painel Contábil da Saúde Suplementar. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiNjRiYTM0MjUtYjFhMy00NTI3LWE4ZGQtMDg4YzdlMzYwZjViliwidCI6IjlkYmE0ODBlTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9> . Acesso em: 25 abr. 2023.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. TABNET - Beneficiários por UFs, Regiões Metropolitanas (RM) e Capitais. Disponível em: [https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet\\_br.def](https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_br.def). Acesso em: 25 abr. 2023.



A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

[milliman.com](https://milliman.com)

#### **CONTATO**

**João Longo**

[joao.longo@milliman.com](mailto:joao.longo@milliman.com)