

Nota n.º 1034 /2011/GGEFP/DIPRO/ANS

Rio de Janeiro, 26 de agosto de 2011.

Assunto: Financiamento dos Planos de Saúde: Alternativas para a sustentabilidade do mercado de saúde suplementar

Esta nota tem como objetivo apresentar os estudos efetuados com vistas à avaliação da viabilidade da implementação, no Brasil, do financiamento de planos de saúde com introdução do sistema de capitalização.

Cabe destacar que a realização destes estudos decorre da Agenda Regulatória 2011/12 da ANS, no Eixo 1 – Modelo de Financiamento do Setor, com o tema: Estudar a possibilidade de formatação de produtos de planos de saúde com alternativas mistas de mutualismo e capitalização.

A presente nota irá abordar os seguintes itens:

- I – Contextualização
- II – Objetivo
- III – Cenários
- IV – O Bônus Demográfico
- V – Conclusão dos Cenários
- VI – O “VGBL Saúde”

I – Contextualização


A) Evolução dos custos em Saúde

O mercado de serviços de saúde se distingue dos demais setores da economia, por possuir características específicas, como demanda inelástica¹, oferta indutora de procura², não estimulando o predomínio de mecanismos de concorrência perfeita³. Aliado a isso, não é evidente que neste setor as inovações tecnológicas resultem em um aumento da produtividade, como nos demais setores da economia, podendo, inclusive, alimentar uma tendência altista dos custos. Esta tendência é ainda influenciada pelo grau de concentração de mercado, pela dinâmica do complexo médico-hospitalar e pela taxa de câmbio, entre outros fatores.

¹ Demanda inelástica é quando a demanda é pouco sensível às variações de preço, em função de aspectos como a existência de bens/serviços que apresentam poucos substitutos.

² A demanda de serviços médicos é determinada pelo provedor do serviço (médicos, prestadores) e não pelo tomador do serviço (paciente). Isso ocorre em razão da assimetria de informação que limita a capacidade do paciente em julgar quais são os serviços necessários e qual a qualidade dos mesmos.

³ Conforme Stiglitz (1989), em “Economics of the Public Sector”, são características de mercado em concorrência perfeita: há muitos vendedores, cada um buscando a maximização dos seus lucros; os produtos são homogêneos; os compradores são bem informados; os consumidores são os compradores – eles arcam com o custo total do que consomem.

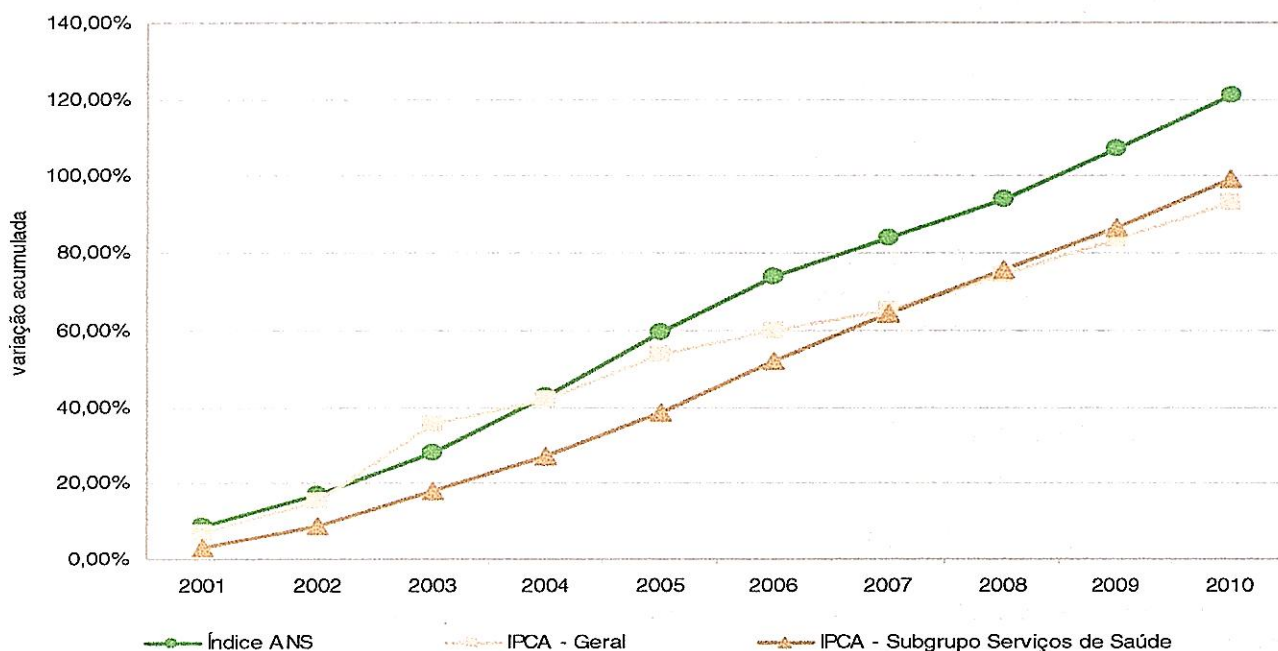


Stiglitz (1989) aponta um crescente gasto em saúde nos EUA, entre 1965 e 1986, em função do aumento da frequência de utilização dos serviços em saúde naquele país. O autor ressalta ainda que a existência de falhas de mercado neste setor, relacionadas à dificuldade de o consumidor avaliar o *trade-off* preço/qualidade do serviço prestado, propiciando um aumento de preços acima do nível competitivo.

A consultoria Towers Watson aponta (Survey Report, 2011 Global Medical Trends) que as despesas médicas têm crescido em ritmo acelerado, nos países maduros e nos chamados em desenvolvimento. De acordo com o estudo, os gastos com despesas médicas nos países emergentes inclusive no Brasil superaram os índices inflacionários entre 2006 e 2011. Entre os fatores apontados se destaca ainda o sobreutilização dos serviços médicos, dada a dinâmica atual do setor.

O gráfico a seguir compara a evolução dos índices de reajuste dos planos de saúde individuais-familiares⁴ com o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA⁵. Além do IPCA – Geral, apresenta-se no gráfico ainda o IPCA – Subgrupo Serviços de Saúde, que considera a variação de preços de serviços médicos, laboratoriais e hospitalares (excluindo produtos óticos e farmacêuticos).

Figura 1 – Comparativo de evolução acumulada dos custos em saúde acumulada



Quando se trata de custos em saúde, um outro tipo de evolução é percebido: o aumento dos custos médios em função da idade.

É possível verificar a partir dos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS⁶ (SIH/SUS), considerando os dados de dez/2010 e de dez/2000 atualizados para a mesma data⁷, que o custo médio de uma internação é maior conforme a faixa etária do usuário, ilustrado o gráfico a seguir:

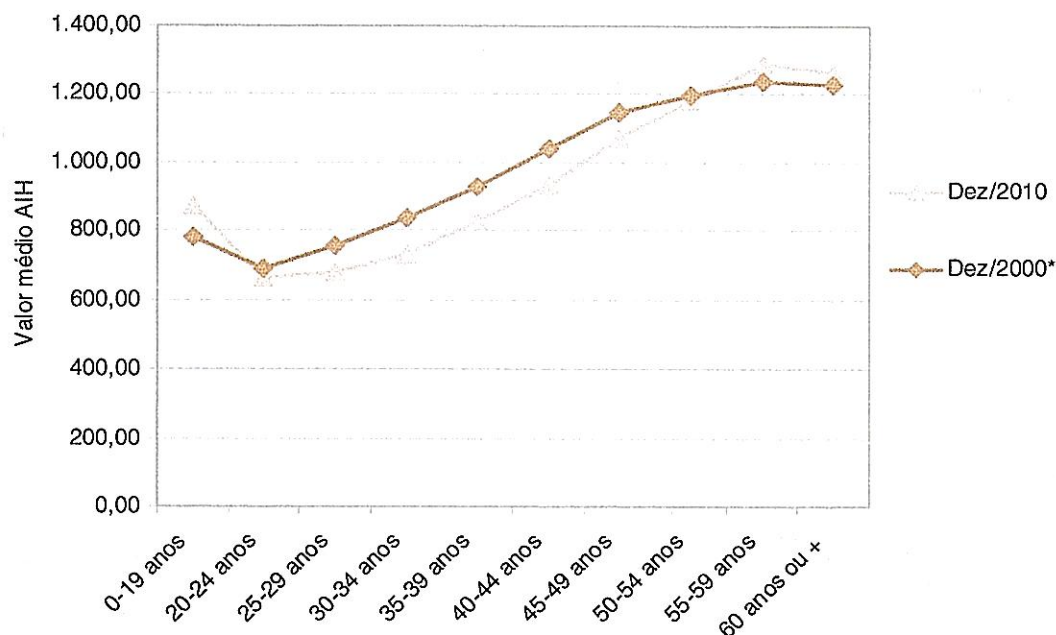
⁴ Os índices calculados pela ANS são autorizados para planos individuais/familiares, médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica, contratados na vigência da Lei 9.565/98 ou adaptados. Tais índices são apurados com base na média dos reajustes aplicados aos planos de saúde de contratação coletivos.

⁵ O IPCA – Geral é o reajuste médio dos preços ao consumidor com até 40 salários mínimos

⁶ Informações extraídas da base de dados nacional em 01/02/2011, sujeita a novas atualizações.

⁷ O percentual total de atualização no período foi de 229%, considerando o IGP-DI

Figura 2 – Valores médios de AIH por Faixa Etária



Obs.: Dados de dez/2000 atualizados para Dez/2010

Ainda com base em tais informações, constata-se que o custo total dos usuários mais idosos (60 anos ou mais) representa, em dezembro de 2010, cerca de 30% do total de custos observados naquele mês. Os mesmos usuários foram responsáveis por 23% das internações no período.

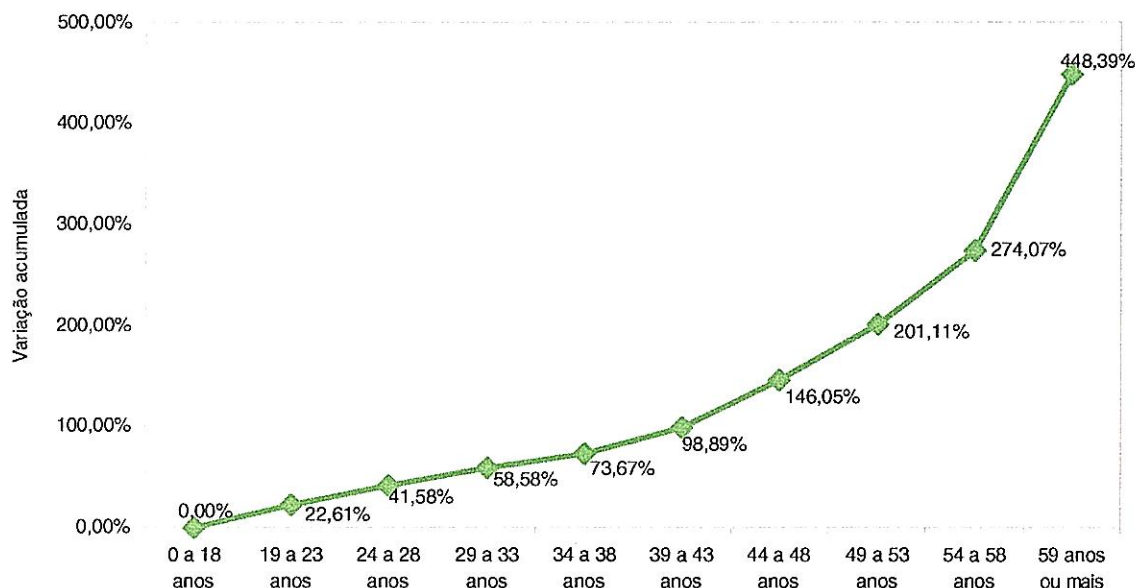
Faixa Etária	Custo Total AIH - Dez/2010		Quantidade de AIH - Dez/2010	
0-19 anos	191.601.092,50	22%	219.849	24%
20-24 anos	58.463.197,65	7%	87.945	10%
25-29 anos	55.726.857,45	6%	81.873	9%
30-34 anos	49.443.431,40	6%	67.518	7%
35-39 anos	44.757.646,23	5%	54.129	6%
40-44 anos	46.941.335,98	5%	50.281	6%
45-49 anos	52.775.754,80	6%	49.397	5%
50-54 anos	57.244.248,04	7%	48.524	5%
55-59 anos	60.116.403,05	7%	46.595	5%
60 anos ou +	259.712.462,04	30%	205.468	23%
Total	876.782.429,14	100%	911.579	100%

Destaca-se que, segundo dados do IBGE, a população brasileira em 2010 é representada por cerca de 11% de pessoas com 60 anos ou mais.

Na saúde suplementar, o aumento dos custos em função da idade também é observado, a partir dos preços dos planos de saúde. A partir dos dados da Nota Técnica de Registro de Produtos – NTRP⁸, vigentes em dezembro/2010, constata-se a seguinte elevação dos preços em função da idade⁹.

⁸ A Nota Técnica de Registro de Produtos – NTRP é prevista na Resolução da Diretoria Colegiada nº 28/2000, alterada pela Resolução Normativa nº 183/2008, e é justificativa da formação inicial dos preços dos planos e produtos de assistência suplementar à saúde, contendo parâmetros estatísticos e premissas atuariais, assinada por atuário. São encaminhados pelas operadoras à ANS dados de utilização esperada para os planos de saúde. A NTRP é exigida aos planos individuais e/ou familiares, e aos planos coletivos.

Figura 3 – Reajuste médio acumulado por mudança de faixa etária



O aumento médio de custos observado entre a primeira e a última faixa etária é de 448,4%, ou seja, 5,48 vezes o valor da primeira faixa, não atingindo o limite máximo de 6 vezes estabelecido pela Resolução Normativa n.º 63, de 2003.

B) Comprometimento da renda dos beneficiários

Conforme já apontado, os custos em saúde são crescentes e tendem a superar a inflação geral dos países. Ademais, verifica-se que os mesmos se elevam em função da idade dos beneficiários.

Outro aspecto dessa dinâmica é o comprometimento de renda dos beneficiários em função da idade.

Com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Suplemento Saúde – 2008 e os preços médios dos planos de saúde foi possível estimar um comprometimento médio da renda da população que possui planos.

Foram utilizadas as seguintes variáveis:

- **Rendimento Mensal Domiciliar Per Capita:** É o resultado da divisão do rendimento mensal dos moradores da unidade domiciliar, exclusive os das pessoas com menos de 10 anos de idade e os daquelas cuja condição na família fosse pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico.
- **Preço Médio do Plano de Saúde:** Preço de Comercialização Médio de um plano de saúde com cobertura de Internação e Parto obtido das Notas Técnicas de Registro de Produto informadas à ANS.

com exceção dos planos exclusivamente odontológicos e dos planos coletivos com vínculo empregatício financiados total ou parcialmente pela pessoa jurídica empregadora.

⁹ Média calculada dos valores comerciais dos planos de saúde em NTRP, sem outliers, dos produtos de contratação individual ou familiar por faixa etária

O estudo foi elaborado à valores correntes de 2008. Isso se deve ao fato de 2008 ser o último período que foi produzido o Suplemento Saúde da PNAD.

No cálculo do preço médio foram considerados apenas os planos com Internação e Parto, forma de contratação mais relevante dentre os planos individuais privados (72%).

Os resultados são apresentados a seguir:

FAIXA ETÁRIA	Preços Médios de Plano de Saúde - 2008	Renda Média 2008	
		Rendimento da População com Plano de Saúde	% Comprometimento da Renda
0 A 18 ANOS	R\$ 84,29	R\$ 1.100,33	7,7%
19 A 23 ANOS	R\$ 102,84	R\$ 1.306,02	7,9%
24 A 28 ANOS	R\$ 120,30	R\$ 1.351,20	8,9%
29 A 33 ANOS	R\$ 135,81	R\$ 1.472,84	9,2%
34 A 38 ANOS	R\$ 148,61	R\$ 1.496,21	9,9%
39 A 43 ANOS	R\$ 168,68	R\$ 1.574,44	10,7%
44 A 48 ANOS	R\$ 204,10	R\$ 1.675,27	12,2%
49 A 53 ANOS	R\$ 247,03	R\$ 1.818,81	13,6%
54 A 58 ANOS	R\$ 307,56	R\$ 1.935,48	15,9%
59 OU MAIS	R\$ 454,26	R\$ 1.808,38	25,1%

Fontes: PNAD Suplemento Saúde e ANS - Nota Técnica de Registro de Produtos

Verifica-se nesse quadro que não somente os preços dos planos, mas também o comprometimento da renda aumenta com a idade dos beneficiários. Portanto, pode-se concluir que a taxa de crescimento da renda por idade é menor do que a taxa de crescimento dos preços dos planos de saúde.

Esse efeito é particularmente relevante na última faixa etária. Observa-se que o brasileiro com 59 anos ou mais de idade e que possui plano de saúde, tem uma queda no seu rendimento mensal em relação a faixa anterior, agravando o seu comprometimento de renda.

Cabe ressaltar que a utilização da variável de Rendimento Mensal Domiciliar Per Capita, ao invés do Rendimento Mensal do Indivíduo, possibilita a visualização das transferências de renda, principalmente na primeira faixa etária, onde a maior parte dos indivíduos figura como dependente ou tem seu plano custeado por outro ente da família.

Outrossim, o Rendimento Mensal Domiciliar Per Capita proporciona uma estimativa de comprometimento de renda mais próxima a metodologia de índices de preços, que se baseiam em pesquisas de orçamento familiar para estimar o impacto do aumento dos preços gerais da economia sobre determinado segmento da população.

Sobre esse último ponto, vale dizer que a Fundação Getúlio Vargas divulga o Índice de Preços ao Consumidor da Terceira Idade (IPC-3I) para acompanhar a inflação de famílias compostas por, pelo menos, 50% de idosos e cuja renda esteja no intervalo de 1 a 33 salários mínimos.

A cesta final do índice dos idosos tem arquitetura semelhante àquela utilizada pelo tradicional IPC divulgado pela FGV. Mas as diferenças mais importantes estão nas ponderações utilizadas em suas cestas de consumo. Destacam-se a seguir as diferenças de ponderação no item "Saúde e Cuidados Pessoais".

Descrição	Impacto no Orçamento Familiar	
	IPC-BR	IPC-3I - Idosos
Saúde e Cuidados Pessoais	10,36%	15,02%
Serviços de Saúde	3,69%	6,80%
Hospitais e Laboratórios	0,15%	0,58%
Médico, dentista e outros	3,55%	6,22%
Produto Médico-Odontológico	2,60%	4,91%
Medicamentos em Geral	2,19%	4,48%
Cuidados Pessoais	4,06%	3,31%

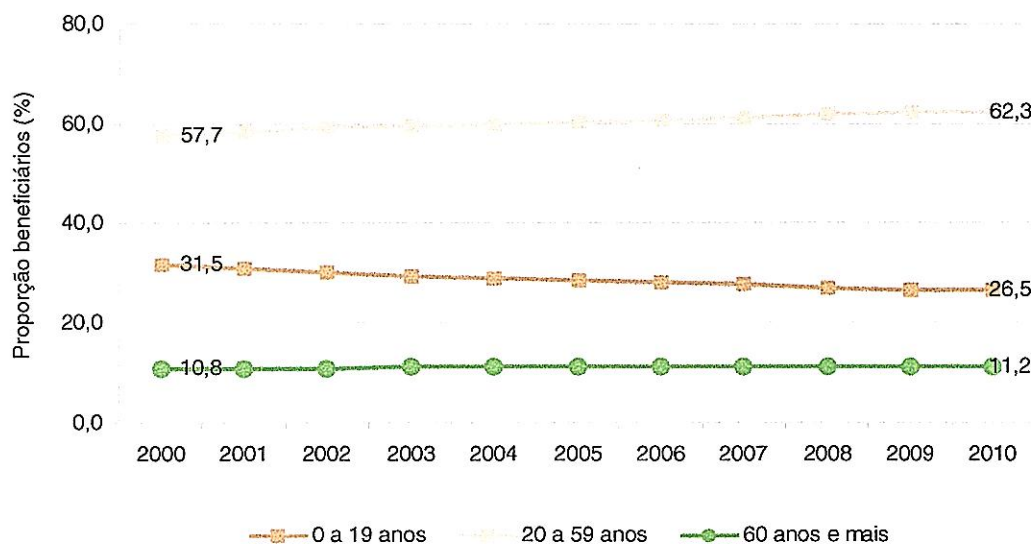
Fonte: FGV

O comprometimento do orçamento de famílias formadas por pelo menos 50% de idosos é também cerca de 50% maior do que a média geral das famílias, corroborando a idéia de que o impacto dos preços dos planos de saúde é maior para as faixas etárias mais elevadas.

C) Evolução do número de beneficiários de planos de saúde

Dos quase 46 milhões de beneficiários de planos de assistência médica no Brasil em dez/2010, 11,2% eram beneficiários com 60 anos ou mais. Esta participação se manteve estável ao longo do período analisado se comparada à observada nas outras faixas etárias: houve redução do percentual de beneficiários com até 19 anos e aumento daqueles com 20 a 59 anos.

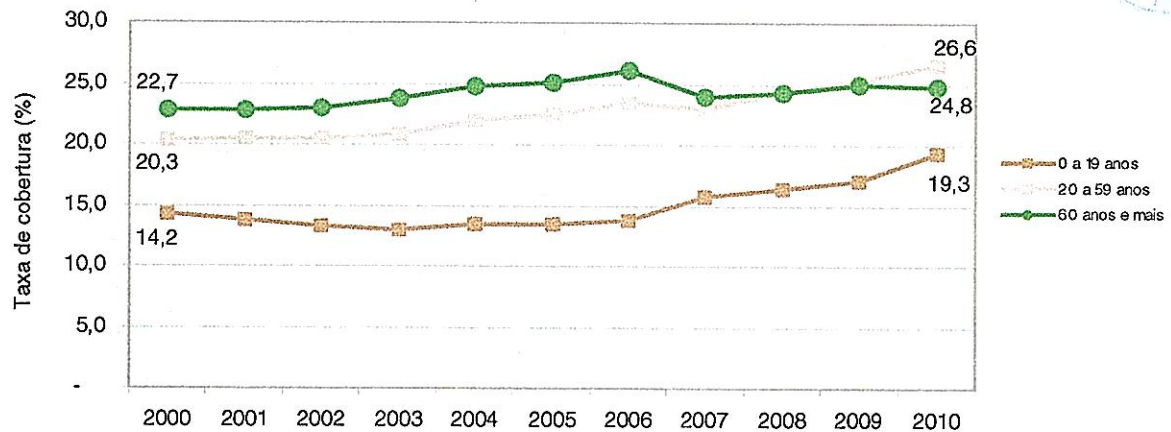
Figura 4 - Evolução do percentual de beneficiários de planos privados de assistência médica por faixas etárias ao longo dos anos



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2010

Em números absolutos, no entanto, no mesmo período, todas as faixas etárias apresentaram crescimento maior que o observado na população brasileira, gerando aumento da taxa de cobertura por planos privados de assistência médica, com maior intensidade nas faixas etárias abaixo de 60 anos.

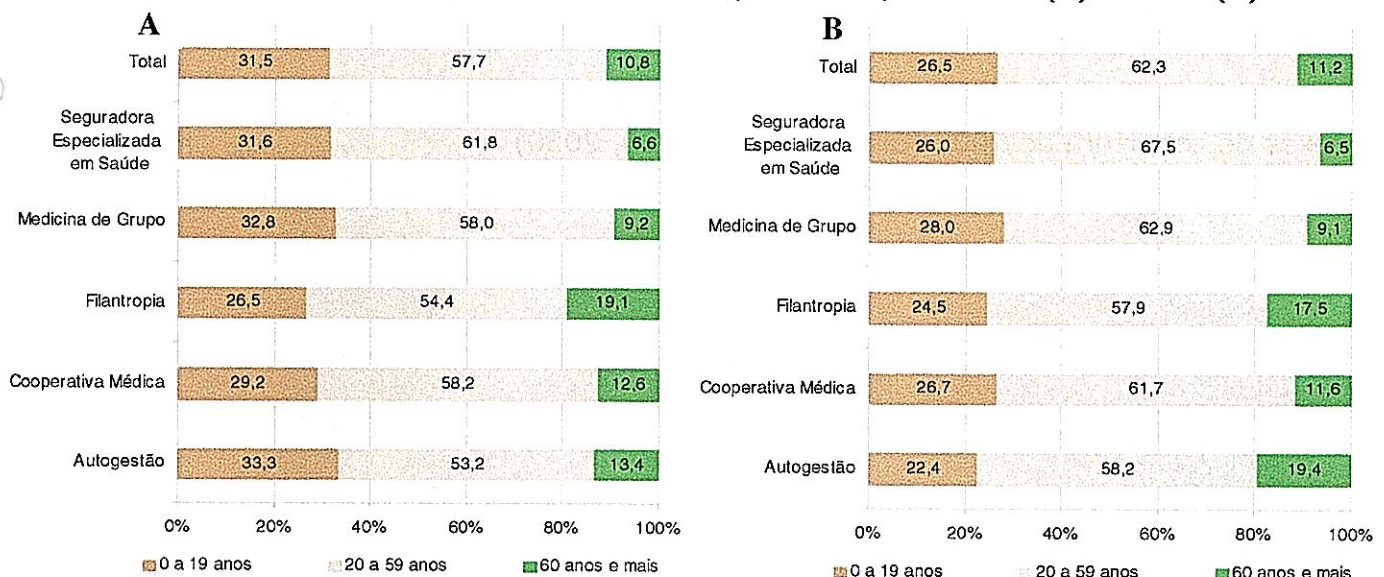
Figura 5 - Evolução da taxa de cobertura da população por faixas etárias ao longo dos anos



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2010 e População - IBGE/Datasus/2010

No entanto, quando olhamos para o percentual de beneficiários separados por modalidade da operadora, constatamos que existem diferenças entre os grupos etários nas modalidades. Nos dois anos analisados, 2000 (A) e 2010 (B), o maior percentual de idosos foi observado em filantropias e autogestões, sendo que as autogestões destacam-se pelo aumento na participação de idosos, sendo a única modalidade a contribuir para a elevação da média de beneficiários idosos de planos privados de saúde. Deve-se considerar nesta análise que existem autogestões que estenderam os direitos básicos dos aposentados previstos na Lei nº 9656, de 1998, assegurando o direito de manutenção como beneficiário do plano de saúde, independentemente do tempo de contribuição enquanto ativos. Cooperativas médicas e medicinas de grupo mantiveram percentuais de idosos próximos à média do setor, enquanto seguradoras especializadas em saúde apresentaram o menor percentual de beneficiários nesta faixa etária.

Figura 6 - Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de assistência médica por faixas, segundo modalidades de operadoras, em 2000 (A) e 2010 (B)



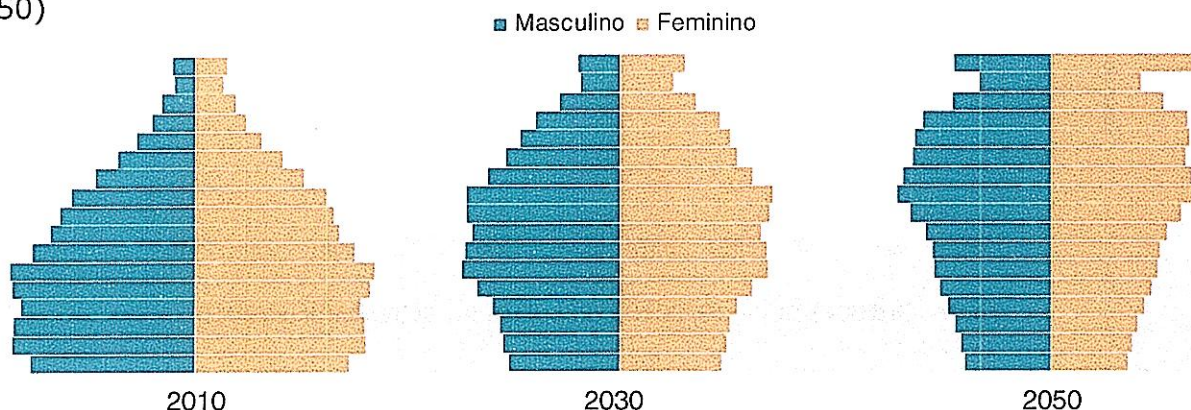
Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2010

Adicionalmente, deve-se considerar o fenômeno do envelhecimento populacional brasileiro, que se dá em função do aumento da expectativa de vida da população, aliada à queda acentuada da fecundidade observada a partir da década de

1970, conforme citado na Nota nº 1 do Grupo Técnico do Envelhecimento Ativo, como parte do estudo voltado ao Eixo 8 da Agenda Regulatória 2011/12 da ANS.

De acordo com as projeções do IBGE, o efeito do envelhecimento populacional brasileiro pode ser observado nos seguintes gráficos de pirâmides etárias:

Figura 7 - Perfil demográfico e projeção da população brasileira (Brasil – 2010, 2030, 2050)

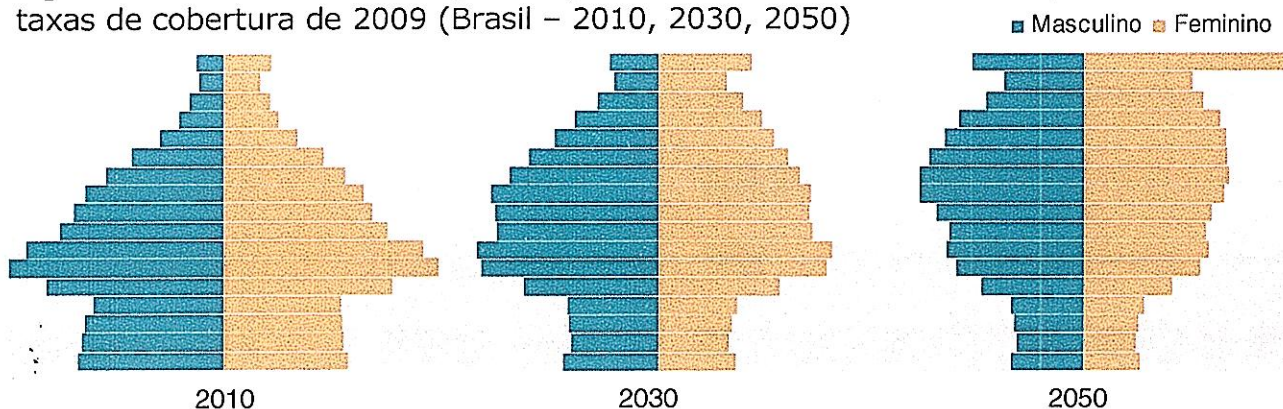


Fonte: Seção "Em Pauta" do Caderno de Informação da Saúde Suplementar - ANS/MS - Edição Mar/10
Nota: As faixas etárias são apresentadas de 5 em 5 anos e a última faixa é 80 anos ou mais.

Conforme observado no Trabalho para Discussão nº 117/2002 (maio/2002) - MUDANÇAS ESTRUTURAIS NA DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA BRASILEIRA: 1950-2050 (Morvan de Mello Moreira – Fundação Joaquim Nabuco)¹⁰, "entre 2000 e 2050 os brasileiros com mais de 60 anos aproximadamente quintuplicariam em termos absolutos, e, na medida em que se contemplem grupos etários mais velhos, maior seria o ritmo de aumento. O volume de idosos de 70 anos e mais seria multiplicado por quase 7 vezes".

O estudo apresentado no Caderno de Informação da Saúde Suplementar - ANS/MS - Edição de Mar/10, considerando as taxas de cobertura dos planos de saúde em 2009 relativamente à população brasileira, estimou o crescimento da população coberta por plano de saúde para 2030 e 2050, baseada na projeção de crescimento demográfico do IBGE.

Figura 8 – Beneficiários de planos privados de assistência médica, se mantidas as taxas de cobertura de 2009 (Brasil – 2010, 2030, 2050)

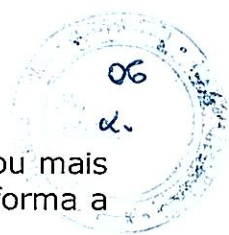


Fonte: Seção "Em Pauta" do Caderno de Informação da Saúde Suplementar - ANS/MS - Edição Mar/10

Nota 1: As pirâmides de beneficiários em 2030 e 2050 foram calculadas aplicando-se sobre a projeção da população do Brasil, publicada pelo IBGE, as taxas de cobertura referentes a 2009.

Nota 2: As faixas etárias são apresentadas de 5 em 5 anos e a última faixa é 80 anos ou mais.

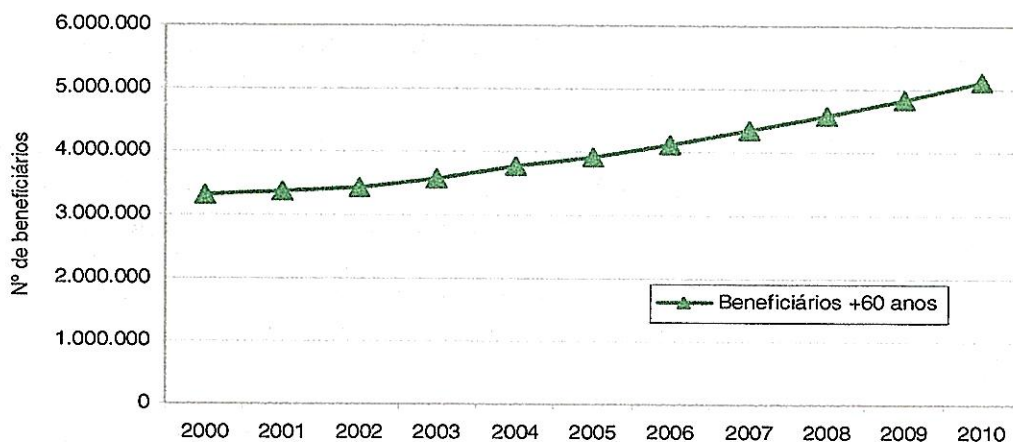
¹⁰ <http://www.fundaj.gov.br/tpd/117a.html>



Nesta projeção, a população coberta por plano de saúde com 60 anos ou mais atingiria 10,5 milhões de beneficiários em 2030 e 17,0 milhões em 2050, de forma a manter a mesma taxa de cobertura atual (24,8%).

Porém uma outra forma de estimar o crescimento dos beneficiários de plano de saúde com 60 anos ou mais seria considerar o seu crescimento linear, a partir da observação da sua evolução nos últimos anos¹¹. Se mantida esta tendência, em 2030 haveria 8,7 milhões de beneficiários com 60 anos ou mais, e, em 2050, 12,3 milhões, o que equivaleria a uma taxa de cobertura de 21,5% e 19,3%, respectivamente.

Figura 9 – Evolução do número de beneficiários de planos de saúde com 60 anos ou mais



Portanto, esta nota deverá apresentar cenários para alternativas de financiamento dos planos de saúde, focando-se os beneficiários mais idosos.

O Status Quo

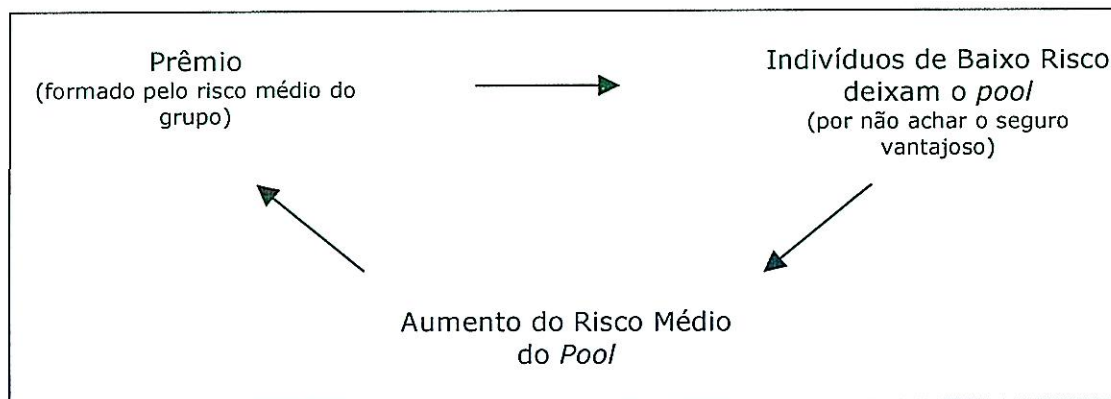
A existência de preços diferenciados em função da idade é permitida pela atual regulamentação e é essencial para o funcionamento do mercado de saúde suplementar.

A adoção de preços únicos faria com que os beneficiários de menor risco (os mais jovens) se desinteressassem em permanecer no sistema, uma vez que o preço do plano seria desproporcional à sua expectativa de utilização. Isso ensejaria a revisão do preço médio calculado inicialmente, uma vez que o risco médio aumentaria. Consequentemente, os novos preços seriam elevados demais para um novo grupo de menor risco, que também acabariam optando por sair do sistema.

Esta dinâmica está apresentada na Nota Técnica nº 94 COGSA/SEAE/MF, conhecida como *Adverse Selection Death Spiral* (Espirai de Seleção Adversa), "que levaria ao colapso desse mercado e a queda na cobertura do seguro saúde, restando apenas consumidores de risco alto no mercado".

¹¹ $y = 183.996x + 3.000.000$ $R^2 = 0,9695$

Figura 10 - Adverse Selection Death Spiral (Espiral de Seleção Adversa):



Já os reajustes em função da mudança de faixa etária do beneficiário decorrem da metodologia de precificação adotada para os planos de saúde.

A atual precificação dos planos de saúde adota o sistema de Repartição Simples ou Regime de Repartição de Despesas¹² (conhecido na literatura internacional como *pay as you go*¹³), onde *"as receitas provenientes das contribuições pagas por todos os participantes do plano em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as despesas decorrentes dos eventos ocorridos nesse período"* (Brasil, Gilberto "O ABC da Matemática Atuarial e princípios gerais de seguros". Porto Alegre, Sulina, 1985, p. 152).

Tal metodologia é aplicada a cada uma das faixas etárias. Assim, quando um beneficiário muda de faixa, o valor de sua contraprestação pecuniária é ajustado à sua nova faixa de risco.

A Lei 9.656/98, que regulamentou os planos de saúde no Brasil, prevê que os contratos dos planos devem indicar com clareza as faixas etárias e os percentuais de reajuste que serão aplicados a cada mudança de faixa (Art. 16, inciso IV). Deixa claro ainda que caso tais informações não constem no contrato, os reajustes não poderão ocorrer (Art. 15). Além disso, determinou que não poderiam haver reajustes de faixa etária para beneficiários com mais de sessenta anos de idade que participem de plano, ou sucessores, há mais de dez anos (Art. 15, Parágrafo único).

As faixas etárias foram inicialmente padronizadas pela Resolução CONSU nº 06, de 1998, e deveriam ser adotadas para os planos comercializados entre 02/01/1998 e 31/12/2003.

Posteriormente, em função do Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 2003), que vedou a discriminação do idoso (indivíduo com idade igual ou superior a sessenta anos) nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade, editou-se Resolução Normativa nº 63, de 2003, onde se determinaram outras faixas, não havendo mais reajustes por faixa etária para beneficiários com 60 anos ou mais.

Adota-se ainda no Brasil, o conceito de solidariedade intergeracional, onde os beneficiários das faixas mais jovens subsidiam os de faixa etária mais elevada, uma vez que ambas as regulamentações preveem que o valor fixado para a última faixa não poderia ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa.

¹² Ferreira, Weber José "coleção Introdução à Ciência Atuarial". Rio de Janeiro, IRB, 1985, p. 444

¹³ Iyer, Subramaniam "Matemática Atuarial de Sistemas de Previdência social". Brasília, MPAS, 2002, p. 32

Além disso, a Resolução Normativa nº 63, de 2003, trouxe o dispositivo de que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

II – Objetivo

O objetivo deste estudo é avaliar alternativas de modalidades de financiamento para os planos de saúde no Brasil. Conforme definido na Agenda Regulatória da ANS, deve-se estudar a possibilidade de formatação de produtos de planos de saúde com alternativas mistas de mutualismo e capitalização.

Na gestão do financiamento, utiliza-se de mecanismos que permitam o cálculo da contribuição necessária para dar plena cobertura ao custo do seguro. Estes mecanismos são conhecidos como Regime Financeiros, dentre os quais destacam-se a Repartição Simples e a Capitalização.

O princípio fundamental desses regimes é a manutenção do equilíbrio atuarial definido pela equação onde as receitas devem ser suficientes para pagar as despesas (benefícios), definidos a partir de cálculos atuariais.

Basicamente, no seguro, podem existir duas fontes de financiamento: aportes diretos e o rendimento de aplicações financeiras.

Na repartição simples (mutualismo), as receitas de contraprestação pecuniária de um mês são utilizadas para pagar as despesas daquele mesmo mês. Assim, neste caso, o financiamento das utilizações se dá apenas por meio das contribuições diretas para o plano.

No regime de capitalização os valores arrecadados (dotações técnicas, receitas de contraprestação pecuniária, contribuições extraordinárias temporárias e outras eventuais receitas) vão para um fundo, onde há a incidência de juros, que irão compor, juntamente com as receitas de contribuições, a fonte para o financiamento do benefício.

Portanto, espera-se que a capitalização possa trazer benefícios ao setor porque poderá agregar uma outra fonte de financiamento aos planos de saúde. Assim, serão descritos a seguir os cenários de manutenção do regime de repartição simples e da implementação da capitalização no sistema.

III – Cenários

Neste item serão comparados os cenários de financiamento do plano de saúde.

A) Status Quo: Regime de Repartição Simples

Levando-se em conta a tendência de envelhecimento populacional presente na pirâmide demográfica brasileira, fica claro que a dinâmica de evolução de custos e comprometimento de renda poderá gerar implicações na sustentabilidade do setor no médio prazo.

Em alguns segmentos do mercado já é possível verificar a redução da participação relativa de beneficiários mais idosos. Se considerada a tendência de envelhecimento populacional, poderá haver um aumento no número de pessoas desassistidas pelos planos de saúde, sobrecarregando o sistema de saúde pública.

Ante a política de regulação da ANS, considerando os eixos da Agenda Regulatória 2011/12 onde se pretende incentivar a comercialização de planos individuais e para a terceira idade, torna-se premente a atuação da agência para mitigar os citados efeitos.

B) Cenário 1: Regime de Repartição Simples com aumento do pacto intergeracional

Uma vez que o problema central abordado nesta nota encontra-se na capacidade de financiamento do plano de saúde dos beneficiários, essencialmente dos mais idosos, poder-se-ia avaliar a possibilidade de que os beneficiários mais jovens contribuíssem solidariamente, havendo um aumento do pacto intergeracional, diminuindo-se a limitação da diferença de seis vezes entre os valores pagos na primeira para a última faixa etária.

No âmbito da análise desta nota, não se pretende avaliar o grau de solidariedade intergeracional atual, uma vez que tal estudo poderá ser abordado em item específico da Agenda Regulatória¹⁴. Portanto, neste caso, adota-se a premissa de que a limitação de seis vezes seria a mais justa, passando-se a ponderar a questão de forma conceitual.

Já foi apontado anteriormente a necessidade da existência de preços diferenciados por faixa etária e que no regime de repartição simples é essencial a existência dos reajustes de faixa etária.

Com o limite estabelecido pela regulamentação, de que os valores da última faixa etária não podem ser superiores a seis vezes a primeira faixa, admite-se a existência dos reajustes, porém limita a possibilidade da fixação de reajustes demasiadamente elevados, o que tenderia a prejudicar os beneficiários mais idosos (seleção de risco).

O aumento do pacto intergeracional, ou seja, a diminuição da relação entre a última e a primeira faixa etária, mesmo com a manutenção da aplicação de reajustes em função da idade, traria o mesmo efeito da inexistência de tais aumentos, pois perfis de risco diferentes pagariam o mesmo valor ou valores muito próximos. Assim sendo, os valores a serem pagos pelos beneficiários mais jovens seriam demasiadamente altos para a sua expectativa de utilização. Esta exigência induziria-os a sair do sistema, havendo um forte incentivo à anti-seleção. Esta mecânica já foi apresentada na descrição da Espiral de Seleção Adversa.

Portanto, baseado nas premissas adotadas e no exposto acima, considera-se inviável a implementação de regime de repartição simples com aumento do pacto intergeracional.

¹⁴ Eixo 1 – Modelo de Financiamento do Setor – Analisar a Nota Técnica Atuarial de Produtos e Pacto Intergeracional



C) Cenário 2: Regime de Capitalização

O regime de capitalização traz algumas vantagens em relação ao sistema de Repartição Simples. Dentre elas, pode-se destacar:

- Programação de uma renda futura
- Capitalização do montante acumulado
- Estímulo à poupança

Portanto, poder-se-ia avaliar a possibilidade de que os planos de saúde tivessem seu financiamento baseado exclusivamente no sistema de capitalização, tal qual os seguros de vida e previdência.

Porém, determinadas características do sistema de capitalização inviabilizam sua implementação no financiamento dos planos de saúde na atual sistemática brasileira de saúde suplementar.

No regime de capitalização há uma limitação no valor do benefício, que depende do valor das contribuições e do seu rendimento. Assim sendo, na capitalização, não há a garantia da integralidade na assistência à saúde. Isto porque, apesar de serem mais raros, existe uma série de eventos de alto custo que não seriam suportados pelo montante acumulado.

Outra característica da capitalização é a necessidade de um período de acúmulo de recursos para gozo do benefício. Portanto, não haveria a disponibilidade de recursos imediatos para o tratamento do beneficiário. Na saúde suplementar a possibilidade da utilização do plano é imediata, respeitado, quando aplicável, o período de carência (o qual não objetiva acumular receita e sim mitigar o comportamento oportunista).

Essas duas características, intrínsecas ao sistema de capitalização, inviabilizam a sua implementação no âmbito do atual funcionamento do sistema de saúde suplementar brasileiro.

D) Cenário 3: Regime Misto – Repartição Simples + Capitalização

Apesar da conclusão pela inviabilidade da implementação unicamente do regime de financiamento por capitalização no sistema de saúde suplementar brasileiro, as suas características seriam complementares ao sistema atual.

Assim, poder-se-ia avaliar alternativas onde os recursos para capitalização fossem aportados de forma paralela às contribuições para o plano de saúde, estabelecidas pelo regime de repartição simples.

Nesta sistemática, os recursos captados pelo modelo de repartição simples seriam utilizados para garantir a assistência imediata do beneficiário, não havendo limites para o custeio dos tratamentos.

Já os recursos da capitalização iriam complementares à contribuição futura para a contraprestação pecuniária, subsidiando o financiamento do plano de saúde a partir de uma determinada idade. Assim, no momento em que o plano de saúde compromete uma parcela maior da renda do beneficiário, uma outra fonte de recursos estaria disponível.

Neste contexto, o beneficiário mais jovem teria garantida a assistência imediata, enquanto paralelamente poupa para a assistência futura, uma vez que na idade economicamente ativa, o comprometimento da renda é menor. Tal medida estimularia ainda a permanência no sistema dos beneficiários até as idades mais avançadas.

Quadro comparativo dos cenários apresentados:

Status Quo	Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3
Regime de Repartição Simples	Regime de Repartição Simples com aumento do pacto intergeracional	Regime de Capitalização	Regime Misto: Repartição Simples + Capitalização
<u>Características:</u> <ul style="list-style-type: none"> • A população mais idosa terá uma maior representatividade na população brasileira; • Necessidade de financiamento dos custos em saúde, que poderá implicar na saída de beneficiários do sistema; • Possível sobrecarga do SUS 	<u>Características:</u> <ul style="list-style-type: none"> • O aumento do pacto intergeracional induziria à saída do menor risco do sistema de saúde suplementar, agravando o problema; 	<u>Características:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Há um período de acúmulo de receita, não oferecendo recursos imediatos. • Valor acumulado é limitado, de acordo com os valores de contribuição, taxa de juros, tempo de contribuição, não garantindo integralidade da assistência. 	<u>Características:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Os recursos da capitalização complementar o valor a ser pago relativo à mensalidade futura • A utilização do capital se daria no momento que existe um maior comprometimento de renda do beneficiário • Haveria recursos para garantir a integralidade e a disponibilidade imediata de recursos • Estímulo à adesão de novos beneficiários no sistema de saúde suplementar, bem como a permanência dos mais idosos • A acumulação de capital ocorreria quando o beneficiário é economicamente ativo, havendo estímulo à poupança

IV – O Bônus Demográfico

De acordo com especialistas, o Brasil está entrando num processo chamado de “bônus demográfico”, em função da observada mudança do perfil da população brasileira. Este bônus poderá estimular o processo de acumulação de capital em nosso país. Tal fenômeno está primeiramente relacionado ao aumento da proporção de população economicamente ativa (15 a 64 anos) em relação à massa de dependentes (idosos e crianças).

Acredita-se, ainda, que, no decorrer do período do bônus demográfico, a proporção da população ativa em idade mais avançada deverá aumentar igualmente. É justamente nestas faixas etárias que a acumulação de capital atinge o seu ponto



máximo. Tais fatores devem favorecer, portanto, a capacidade de mobilização de poupança nos próximos anos.

Esse fenômeno deverá durar mais algumas décadas, e, posteriormente entrar-se-ia numa fase em que haveria a diminuição da população ativa. Por esse motivo é importante que os incentivos à acumulação de capital se dêem da forma mais premente possível.

Por fim, no que diz respeito ao melhor aproveitamento do bônus, é importante considerar a necessidade de ações de investimento crescente em capital humano (educação, capacidade laborativa) e na oferta de empregos mais qualificados.

V – Conclusão dos Cenários

Apresentado o contexto e as alternativas de financiamento dos planos de saúde, considera-se que o Cenário 3 – Regime Misto – é o mais viável. A manutenção do sistema de repartição simples (mutualismo), aliado à capitalização de recursos, faria face à problemática ora constatada.

Por óbvio, com o intuito de garantir a sustentabilidade do mercado, outras medidas devem ser tomadas paralelamente, conforme estabelecido nos Eixos Temáticos da Agenda Regulatória da ANS 2011/2012.

No que diz respeito à implementação de fato de um regime misto, serão apresentados, a seguir, os fundamentos do produto atualmente em discussão no mercado ("VGBL Saúde"), que traz os conceitos de regime misto de financiamento de plano de saúde, apontando-se, ao final, os encaminhamentos necessários para sua viabilização.

Destaca-se ainda que a viabilização do "VGBL Saúde" não exclui a possibilidade da avaliação de outras formas de implementação de um regime misto de financiamento dos planos de saúde.

VI – O "VGBL Saúde"

Uma das formas mais simples para a implementação de um sistema de regime misto de financiamento seria estimular a utilização de recursos acumulados na forma de previdência complementar no financiamento dos planos de saúde nas idades mais elevadas.

Os aportes para o plano de previdência são efetuados durante a idade economicamente ativa dos segurados, quando há uma maior capacidade financeira.

Uma vez que o "VGBL Saúde" seria um produto totalmente distinto do plano de saúde, não haveria necessidade de alteração no atual funcionamento do mercado de saúde suplementar.

A) HISTÓRICO

Em 2009, surgiu uma proposta de emenda aditiva à Medida Provisória nº 453¹⁵, concedendo incentivos fiscais (isenção de Imposto de Renda) aos rendimentos de seguros de vida com cláusula de cobertura por sobrevivência (VGBL), desde que destinados exclusivamente para pagamentos de despesas de saúde dos segurados e educação.

Neste sentido, em relação às despesas de saúde, a isenção fiscal aplicar-se-ia sobre despesas com prestadores de saúde ou planos de saúde.

As seguradoras deveriam constituir produtos específicos para tal fim, sendo garantido ao segurado a livre escolha de prestadores ou plano de saúde. Além disso, haveria transferência direta de recursos da seguradora para o prestador/operadora de plano de saúde.

Na época, a ANS se manifestou no sentido de que tal produto poderia desincentivar a participação nos planos de saúde, principalmente dos beneficiários de menor risco, além das questões já levantadas no Cenário 2 desta nota.

Proposta das Entidades do Setor.

Em 25/01/2011, entidades representantes do setor trouxeram à ANS uma nova proposta para regulação de seguros de vida com cobertura por sobrevivência, com recursos direcionados ao financiamento de planos de saúde.

O contexto então apresentado reflete as mesmas questões já observadas pela ANS quanto ao financiamento dos planos de saúde na atual conjuntura. A proposta seria a *"acumulação capitalizada de recursos, em produto de caráter previdenciário, inclusive com aportes do empregador, para, quando necessário, e com incentivo tributário, serem utilizados, na forma regulamentada pela ANS, para pagamento com serviços privados de assistência à saúde"*.

As seguintes vantagens do produto foram enumeradas:

- Alinhamento com a Agenda Regulatória da ANS
- Manutenção do objetivo original do VGBL – complementação da aposentadoria
- Regulamentação e imagem do VGBL já solidificadas
- Transparência de informações
- Aportes de qualquer valor a qualquer tempo
- Possibilidade de aportes do empregador
- Possibilidade de portabilidade de outros fundos

Inicialmente, as necessidades de normativos verificadas foram:

- Legais:
 - i. Tratamento tributário específico para a utilização dos recursos acumulados no VGBL com o plano de saúde

¹⁵ A MP 453, convertida na Lei nº 11.948/09, tratava da constituição de fonte adicional de recursos para ampliação de limites operacionais do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – BNDES.



ii. Composição do rendimento bruto do empregado pelos aportes de recursos¹⁶

- Infralegais:
 - i. SUSEP: formatação do produto
 - ii. ANS: definição do destino dos recursos

B) CARACTERÍSTICAS GERAIS

Funcionamento dos produtos de previdência

Os produtos de previdência complementar mais comuns atualmente são o PGBL - Plano Gerador de Benefício Livre e o VGBL - Vida Gerador de Benefício Livre, que visam a acumulação de recursos e a transformação destes em uma renda futura.

A diferença básica entre os produtos se dá pela forma de tributação. O PGBL é mais vantajoso para quem faz a declaração do imposto de renda por meio do formulário completo, já que é possível deduzir o valor das contribuições realizadas ao plano base de cálculo do Imposto de Renda, até o limite de 12% da renda bruta anual (desde que o cliente também contribua para a Previdência Social - INSS ou regime próprio). Há incidência de Imposto de Renda sobre o total resgatado ou recebido como renda.

O VGBL é mais indicado para quem faz declaração simplificada do Imposto de Renda. A tributação incide somente sobre o ganho de aplicações financeiras, ou seja, o rendimento do plano. Por este motivo os estudos para não incidência do Imposto de Renda estão voltados para o VGBL, uma vez que a operacionalização do produto seria mais simples

A operação de planos com cobertura por sobrevivência (VGBL) é regulada, basicamente, pela Resolução CNSP 140/2005 (com redação alterada pela Resolução CNSP 148/2006), que altera e consolida as regras de funcionamento e os critérios para operação da cobertura por sobrevivência oferecida em plano de seguro de vida, e pela Circular SUSEP 339/2007.

O que seria financiado pelo "VGBL Saúde"?

Primeiramente deve-se ressaltar que os recursos captados com o "VGBL Saúde" são de propriedade do indivíduo, cabendo a este a avaliação do destino dos valores acumulados.

O que se pretende ponderar neste momento é: quais tipos de gastos em saúde deverão ser incentivados para o direcionamento dos recursos acumulados.

Assim, apontam-se os seguintes gastos com saúde do beneficiário:

1. Contraprestações pecuniárias do plano de saúde
2. Despesas acessórias ao plano de saúde
(Coparticipação/Franquia/Complementação de Reembolso)
3. Procedimentos realizados junto ao prestador (sem plano de saúde)

¹⁶ Atualmente a legislação estipula que os aportes do empregador para o VGBL compõem o rendimento bruto do empregado, incidindo-se as exigências trabalhistas decorrentes.

Neste contexto, alinhando-se ao objetivo em discussão nesta nota, bem como à forma de funcionamento do produto VGBL, entende-se que o ideal é que os valores acumulados sejam destinados ao financiamento futuro do plano de saúde, ou seja, ao pagamento das contraprestações pecuniárias (Subitem 1).

A possibilidade de utilização dos recursos para financiamento de qualquer procedimento realizado junto ao prestador (Subitem 3), apesar de tornar o produto "VGBL Saúde" mais atrativo, poderia induzir à saída de beneficiários do sistema de saúde suplementar, não garantindo a integralidade da assistência médica trazida nos conceitos da Lei 9.656/98.

Neste contexto, haveria ainda o risco jurídico de que, dada a existência de recursos acumulados em instituições que não as operadoras de planos de saúde, que se destinariam ao custeio da saúde, houvesse intervenções judiciais exigindo a integralidade da assistência para os participantes do "VGBL Saúde".

Ademais, da mesma forma que na opção em que os valores são utilizados no financiamento das despesas acessórias ao plano de saúde (Subitem 2), haveria um estímulo a uma menor capitalização dos recursos, não sendo efetiva ao cumprimento do objetivo ora traçado.

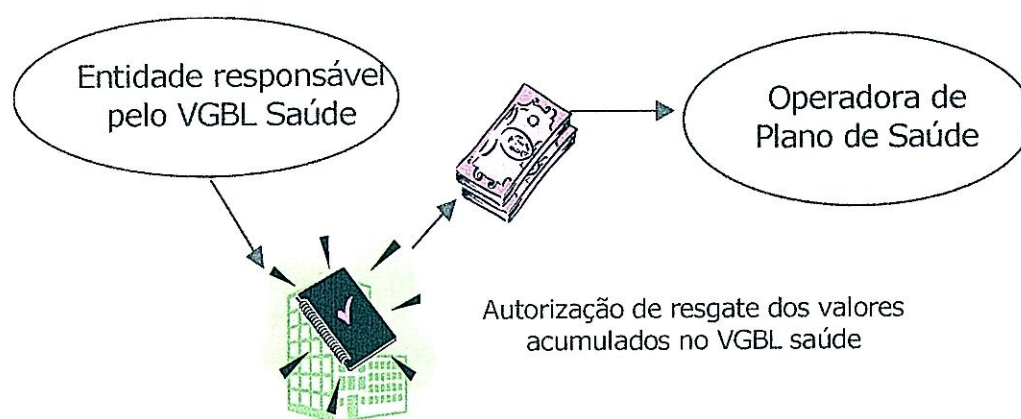
Portanto, considera-se mais adequado que seja estimulado o direcionamento dos recursos acumulados por meio do "VGBL Saúde" ao financiamento exclusivamente das contraprestações pecuniárias do plano de saúde.

Operacionalização da transferência de valores

A principal característica do produto aqui proposto que o diferenciaria dos demais VGBL's comercializados no mercado seria a possibilidade de resgate dos valores, após um período mínimo de acumulação, para auxiliar o custeio da contraprestação do plano de saúde dos consumidores.

Para garantir que os recursos sejam direcionados ao custeio efetivo das contraprestações, é essencial que sejam criados mecanismos de transferência destes valores diretamente de uma seguradora para uma operadora de plano de saúde. Caso contrário, há dificuldade em rastrear a destinação dos recursos.

Figura 11 - Transferência de recursos acumulados do VGBL saúde para custeio de plano de saúde:





De forma a dar segurança jurídica à operação de transferência de valores, as instituições envolvidas devem desenvolver sistemas que dêem segurança ao beneficiário, bem como proporcionem rastreabilidade da origem e destinação dos recursos para os órgãos de monitoramento, controle e fiscalização tanto internos quanto externos.

Idealmente, após a autorização do consumidor/beneficiário, a instituição responsável pelo VGBL transferiria o valor autorizado, para pagamento da contraprestação diretamente a uma operadora de plano de saúde registrada pela ANS.

O principal benefício de incentivo do produto proposto é a não incidência de Imposto de Renda sobre os valores transferidos diretamente entre as instituições responsáveis pelo VGBL e as Operadoras de Planos de Saúde envolvidas.

Neste contexto é importante ressaltar que os gastos com planos de saúde já são considerados como gastos em saúde para fins de Imposto de Renda - IR.

Como a incidência de IR nos VGBL's tradicionais atualmente comercializados se dá sobre os rendimentos auferidos, a proposta aqui tratada oferece benefícios importantes aos consumidores/beneficiários.

Atribuições esperadas dos reguladores

A ANS disciplinaria quais os gastos com planos de saúde podem ser objeto de repasse/resgate dos recursos acumulados e eventualmente restringiria as operadoras que poderiam estar aptas a receber estes recursos. Todas as demais ações da ANS seriam, no máximo, incentivadoras para que as operadoras ofereçam/agreguem mais coberturas adicionais aos planos de saúde.

A regulamentação específica do "VGBL Saúde" ficaria a cargo da SUSEP que seria responsável por disciplinar as limitações e a periodicidade dos resgates e das transferências destinadas ao custeio de planos de saúde. As demais regulamentações, a princípio, seguiriam os mesmos dispositivos vigentes para o VGBL tradicional.

As portabilidades dos produtos de vida e previdência e em saúde suplementar continuariam as mesmas, cada uma obedecendo às suas respectivas regulamentações.

Não haveria problemas de choque de competências entre reguladores, pois a atribuição de monitoramento da solvência das entidades que comercializam planos de saúde e "VGBL Saúde" continuaria a mesma, sem intersecção entre as regulamentações de produtos.

É salutar que a troca de informações entre os reguladores (ANS e SUSEP) e a Receita Federal se intensifique para dar clareza às atribuições e evitar comportamentos oportunistas no mercado.

Questões Jurídicas

A primeira questão jurídica aventada no decorrer na análise da proposta do "VGBL Saúde" foi a possibilidade de que tal produto, atrelado ao plano de saúde, caracterizasse-se como "venda casada".

Porém, determinadas características, que serão elencadas a seguir, deixam claro que, apesar da possibilidade de direcionamento de recursos do VGBL ao plano de saúde, a comercialização de um independe do outro. As citadas características são as seguintes:

- O beneficiário pode comprar um produto independentemente do outro
- A utilização dos recursos é de livre decisão do beneficiário, havendo incentivo para pagamento da contraprestação pecuniária do plano de saúde

No que diz respeito à formalização da regulamentação do produto "VGBL Saúde", uma vez que devem ser abordadas questões de competência da SUSEP e da ANS, foi cogitada a possibilidade de elaboração de um normativo conjunto, que será construído e oportunamente submetido à avaliação jurídica dos riscos legais inerentes à operação proposta.

C) ENCAMINHAMENTOS

Tendo em vista:

- O cenário de envelhecimento da população, que trará problemas de financiamento da saúde suplementar no longo prazo;
- Os preços crescentes dos planos de saúde, e a necessidade de sustentabilidade dos mesmos para os idosos, que enfrentam um cenário de maior comprometimento da renda;
- A necessidade de posicionamento da ANS quanto ao direcionamento dos recursos acumulados na previdência para pagamento das contraprestações dos planos de saúde, com incentivo fiscal, o que demanda o assessoramento à SUSEP na regulamentação do produto VGBL Saúde;
- Que a proposta inicial do projeto de Lei para o VGBL Saúde sem estar atrelado ao plano de saúde, não garantia a integralidade da assistência médica trazida nos conceitos da Lei 9.656/98, e poderia desincentivar a participação dos beneficiários nos planos de saúde;

Sugere-se o direcionamento desta nota à PROGE, para que se pronuncie, neste momento, quanto questão jurídica referente à caracterização de venda casada.

Paralelamente, deve-se elaborar a regulamentação específica para o produto, de forma conjunta com a SUSEP, a qual, posteriormente, será submetida à PROGE.

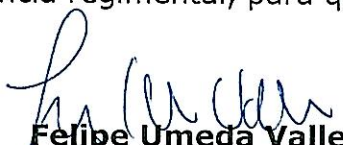
Por fim, faz-se necessária ainda apresentação da proposta junto à Secretaria da Receita Federal.



É importante destacar que o conteúdo desta nota é resultante da discussão do grupo técnico¹⁷ formado no âmbito da ANS, em diversas reuniões realizadas, inclusive com a Diretoria da DIPRO. Além disso, o tema foi ainda discutido junto aos representantes da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, da Secretaria de Acompanhamento Econômico – SEAE, Secretaria de Direito Econômico – SDE, Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor – DPDC.

Contribuíram para a elaboração desta nota os servidores André Magalhães (GGEFP/DIPRO), Bruno Morestrello (GGEFP/DIPRO), Cecília Lima (GEPIN/DIDES) e José Douglas Oliveira do Nascimento (GGRAS/DIPRO).

Submete-se à apreciação da Gerência-Geral Econômico-Financeira e Atuarial dos Produtos, da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos, considerando a sua competência regimental, para que sejam efetuados os encaminhamentos pertinentes.



Felipe Umeda Valle
Esp. em Regulação - GGEFP/DIPRO
Responsável Primário pelo Tema na
Agenda Regulatória



Washington Oliveira Alves
Esp. em Regulação - GEAP/DIOPE
Responsável Secundário pelo Tema na
Agenda Regulatória

De acordo. Encaminhe-se para conhecimento do Diretor da DIPRO, para posterior direcionamento à PROGE.



Rosana Vieira das Neves
Gerente-Geral Econômico-Financeira e Atuarial dos Produtos
Substituta

De acordo. À PROGE.



Maurício Ceschin
Diretor da DIPRO

¹⁷ Participaram do grupo técnico: Felipe Umeda Valle, Rosana Neves, Fabio Fassini, Tereza Pasinato, André Magalhães, Fabio Junqueira, Gisele Calazans, Washington Alves, Cecília Lima, Bruno Morestrello, José Douglas Nascimento.

