

ABORDAGEM DO FATOR MODERADOR NOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

APRESENTAÇÃO

O Instituto Brasileiro de Atuária - IBA é uma entidade técnica que visa com suas iniciativas prestar subsídios para que sejam criadas e aperfeiçoadas políticas visando o equilíbrio das atividades de gestão de riscos. Assim, O IBA como instituto técnico, através da sua Comissão de Saúde, inserido na busca do aperfeiçoamento das atividades inerentes ao mercado de saúde suplementar e objetivando aprimorar a determinação dos níveis de co-participação, elaborou o presente estudo de característica amostral, a fim de avaliar os níveis de otimização e funcionalidade do fator moderador, frente à demanda excessiva ou não necessária, com importante reflexo no valor das mensalidades.

OBJETIVO

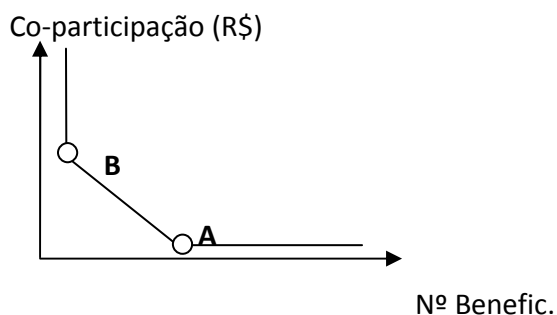
Este estudo tem como objetivo abordar os principais aspectos e impactos que a limitação do fator moderador nos planos de saúde suplementar nos moldes expostos inicialmente na CP - Consulta Pública nº 24/2006 e que poderá trazer ao mercado nacional e aos seus consumidores, de tal forma que seja ferramenta de análise complementar aos estudos da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ABORDAGEM CLÁSSICA

Diversas teorias apontam de forma genérica, que a curva de demanda do produto pelos clientes, frente à opção de co-participação nos valores dos serviços prestados, definida por $y = -f(x)$ tem uma curva inversamente proporcional. O segundo ponto relevante é que esta curva, geralmente exponencial, tem seus limites tendentes ao infinito, onde:

- limite inferior – Ponto A: abaixo de um determinado valor há um contingente que demanda os atendimentos sem qualquer impacto do Fator Moderador; observa-se que isto ocorre com as co-participações abaixo de R\$ 10,00;
- limite superior – Ponto B: acima de determinado valor, há uma utilização permanente, normalmente com tendência ao perfil de seleção adversa, contingente que adquire o produto “à qualquer preço / condição”.

Em termos gráficos, temos o seguinte modelo:



Logo, em termos práticos, temos que definir os limites acima indicados pelos pontos A a B.



MÉTODO DE ANÁLISE

Nessa avaliação demonstraremos os diversos aspectos influenciados pelo fator moderador através de gráficos e quadros resumos com as interpretações e explicações pertinentes a cada um, de forma sucinta e acessível. Embora a modelagem ora utilizada encontre toda uma justificativa técnica, conforme nos expõe a obra de Folland, Sherman – A Economia da Saúde – 2ª edição, neste momento o objeto dessa análise foi de efetuar uma abordagem mais simples e objetiva, frente a utilização do co-participação como fator moderar do uso abusivo verificado em alguns itens da assistência à saúde. Na ocasião de sua publicação da CP 24, seus diversos aspectos (técnico, comercial, operacional, etc) foram abordados, de forma geral, pelas outras entidades deste mercado – segmento.

BASE DE DADOS

Sabemos que o comportamento dos beneficiários, bem como a sua utilização dos planos de saúde suplementar, podem variar segundo a região, cultura, nível médio de renda da população e até mesmo de acordo com a tecnologia de atendimento disponível (a rede). Sendo assim, e consideramos como fonte inicial de estudo uma base de dados pulverizada em mais de 150 municípios, no intuito de dar credibilidade à abordagem e comprovar que não estamos tratando de particularidades mais sim de tendências do comportamento humano, atinente à demanda por Plano de Assistência à Saúde, frente a capacidade de pagamento da população.

As informações analisadas são relativas aos exercícios de 2006, 2007 e 2008, todas de beneficiários de planos de modalidade de preço pré-estabelecido.

ASPECTOS DA BASE DE DADOS

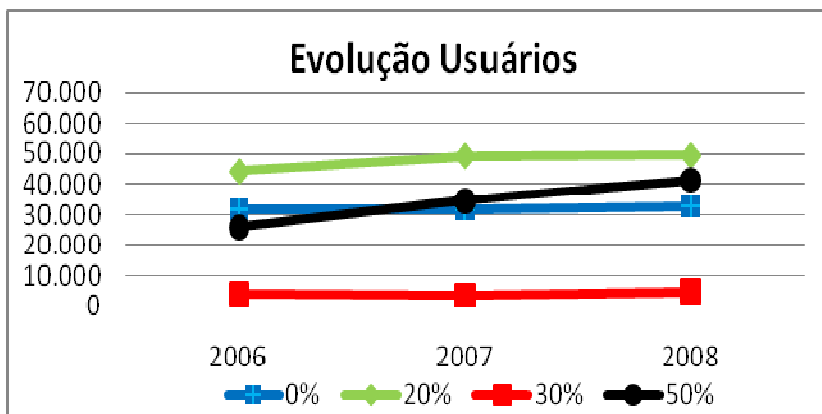
Em todas as Operadoras que compõem a base de dados desta análise, a incidência de co-participação que demonstraremos e identificaremos com seus percentuais, aplicam-se nas seguintes coberturas: consultas médicas, exames e procedimentos de diagnose, fisioterapias e acupunturas, sempre que realizados em regime ambulatorial.

Os percentuais de co-participações dos planos comercializados nessas Operadoras são de 0% - Sem co-participação, ou 20%, ou 30% ou 50% existindo um limitador de valores máximos por evento em moeda corrente. Sendo assim, mesmo quando o procedimento utilizado for de custo alto, o valor máximo a ser pago pelo beneficiário será o limite descrito.

EVOLUÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Inobstante ao fato de haver a comercialização de planos com diversas co-participações, podemos observar na demonstração gráfica a seguir que a aceitação dos planos com 50% tem aumentado gradativamente e, inclusive, superou os demais planos.

Gráfico 1 – Evolução anual de beneficiários



CO-PARTICIPAÇÃO EFETIVA

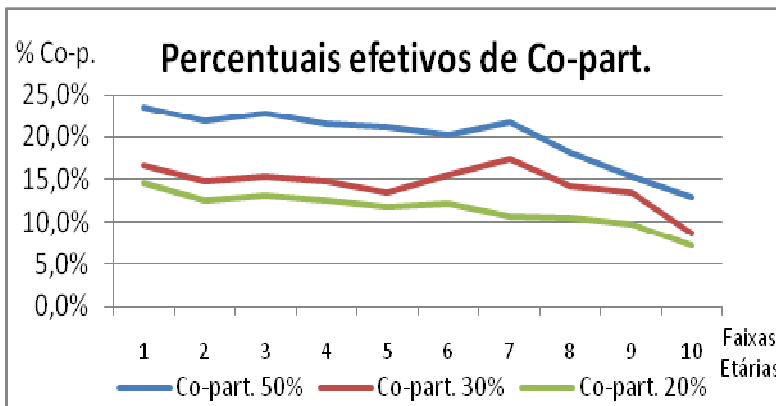
O aumento substancial de usuários em planos com 50% de participação também se deve ao aumento de conhecimento dos consumidores acerca de seu funcionamento e limite, que não incide sobre as intenações e tem o valor máximo garantido aos beneficiários por atendimento, onerando efetivamente um valor muito menor que 50%. O valor resultante médio fica em torno de 18,5%, oscilando conforme a faixa etária entre cerca 24%, para os beneficiários mais jovens, e 13% para os mais velhos, conforme abaixo detalhado.

Quadro 1 – Percentual médio de participação efetiva nos planos com máximo de 50% (2006/2008)

Faixa Etária	Custo percapita	Co-part. percapita	% Co-part
1	36,75	8,63	23,5%
2	44,33	9,65	21,8%
3	55,67	12,77	22,9%
4	69,38	14,96	21,6%
5	70,47	14,93	21,2%
6	79,35	16,25	20,5%
7	80,17	17,58	21,9%
8	109,09	20,05	18,4%
9	135,21	21,11	15,6%
10	192,35	24,85	12,9%
Geral	80,92	15,07	18,6%

Demonstrando graficamente os percentuais efetivos de co-participação fica ainda mais evidente essa percepção. Os planos com co-participação máxima de 50% tem retorno menor que 25%, aqueles com 30% ficam em torno de 15% e os de 20% pouco acima de 10%.

Gráfico 2 – Percentuais efetivos de recuperação por valor de co-participação



Logo, podemos dizer que na prática a participação dos beneficiários de planos de saúde nas despesas assistenciais dos seus planos não chega a atingir um quarto do valor total.

FATOR MODERADOR DE UTILIZAÇÃO

Como pode ser observado nos gráficos a seguir a incidência de co-participação em consultas médicas e exames de diagnose e terapia, quando aplicada de forma adequada e limitada, quando for o caso, não restringe o atendimento dos beneficiários.

Gráfico 3 – Frequência de consultas anuais por co-participação:

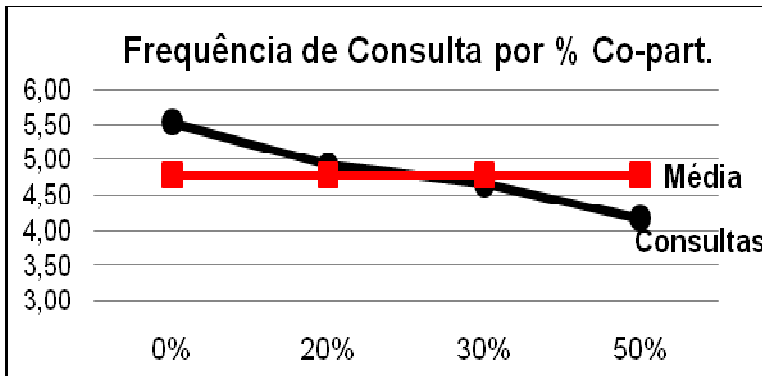
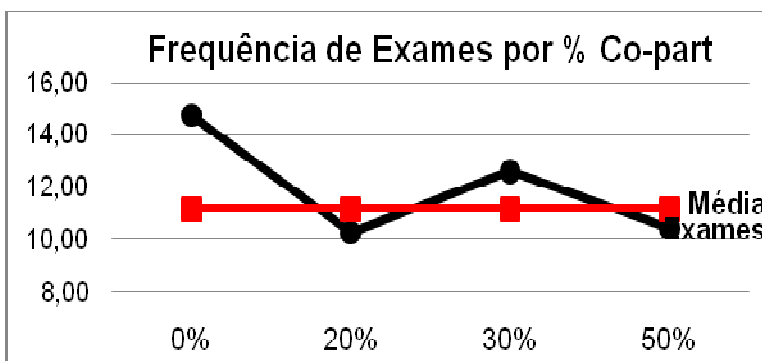


Gráfico 4 – Frequência de exames anuais por co-participação:



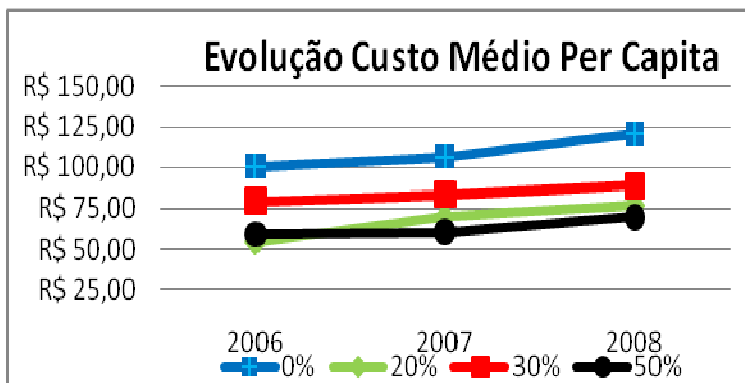
O número médio de consultas e exames anuais dos planos com 50% de participação superam quatro e dez unidades, respectivamente, evidenciando estar ocorrendo normalmente o atendimento e prevenção a saúde dos beneficiários desses planos. Com isso, observamos e confirmamos que a co-participação funciona efetivamente como um fator moderador, controlando os desperdícios da utilização, como repetições de consulta e exames desnecessários e repetidos sem critério, inclusive ocorrendo elevado nível de desperdício – 30% dos exames não são retirados, aproximadamente.

Esse mecanismo também influi na escolha mais acertada do especialista que atende sua patologia, exames sem necessidade por insistência do consumidor, sem real apoio de diagnóstico, empréstimos de carteirinha (fraudes), dentre outros desperdícios que deixam de existir.

INFLUÊNCIA NOS PREÇOS

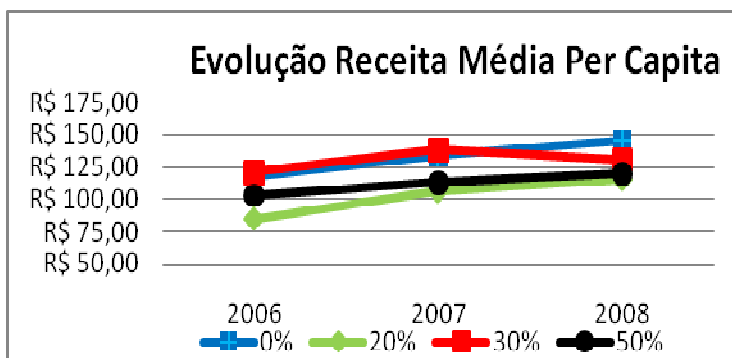
Por consequência lógica, sendo a co-participação um fator moderador da utilização dos beneficiários, naturalmente também modera ou reduz o custo assistencial dos planos, com importante reflexo no preço para todos os beneficiários.

Gráfico 5 – Custo Médio Mensal *per capita* por co-participação



Como a formação de preço dos planos sempre deve levar em consideração seu custo assistencial, naturalmente os preços dos planos de saúde suplementar também reduzem conforme aumenta seu fator moderador, como podemos comprovar com a demonstração da receita *per capita* média separada por valor de co-participação.

Gráfico 6 – Receita Média Mensal *per capita* por co-participação





Ao observar os gráficos de receitas e custos médios *per capita*, fica evidente a influência direta do mecanismo de regulação no preço dos planos comercializados. A receita média, logo o preço, dos planos participativos são sempre menores que os planos sem co-participação substancialmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reitera-se que ao longo dessa abordagem, embora haja também toda uma justificativa literária, conforme já especificado, buscamos demonstrar de forma simples e direta, com exemplos o mais claro possível, como a oferta de opções ocasionada pela presença do fator moderador, amplia relevantemente a base de consumidores com possibilidade de pagar um planos de assistência a saúde. Com isso, levando mais pessoas ao atendimento médicos mais freqüente, auxiliando na melhora do quadro de saúde do povo brasileiro, otimizando também os gastos públicos do Sistema Único de Saúde – SUS.

Demonstramos que os planos com percentual maior de participação apresentam anualmente maior incremento de beneficiários, e torna-se imprescindível ressaltar que a limitação de co-participações no moldes da CP 24 (Art.2º. – I) acarretaria que milhões de brasileiros deixem de ter acesso a planos de saúde.

Isto porque o conjunto de restrições onde a limitação aparente de um percentual figurativamente tido mais elevado, como por exemplo de 50%, exige-nos ponderar sobre a base de sua aplicação. No caso das consultas, a base é de R\$ 40,00 a R\$ 60,00. Logo, em ficando numa média de R\$ 50,00, teríamos uma co-participação de R\$ 25,00 por consulta, om significativo acesso a grade massa da população, tornando substancialmente mais acessível o preço dos planos de saúde suplementar.

Finalizando, complementamos com a observação que muito embora uma co-participação inicialmente menor, possa parecer benéfica ao consumidor, em médio prazo confere um elevado risco ao equilíbrio do contrato e à continuidade da prestação da assistência, pois, o aumento de demanda, propicia encarecimento dos novos planos e leva a necessidade de maior gestão á operadora, inclusive quanto ao risco de insolvência do mercado. Considerando que hoje temos uma população amparada pelo Sistema Privado de Saúde com mais de 40 milhões de brasileiros e que o volume de recursos direcionados aos prestadores de assistência à saúde já é superior aos valores direcionados pelo Sistema Público – SUS, um eventual comprometimento expõe todo o Sistema de Saúde Brasileiro ao risco de desamparo.

Rio de Janeiro, novembro de 2009.

José Antônio Lumertz

Atuário – MIBA 448

Comissão de Saúde do IBA