



Planos e
Seguros
de Saúde

O QUE SABER

Gestão de Risco em Planos de Saúde



FenaSaúde

Federação Nacional
de Saúde Suplementar



AUTORA

Prof^a. Dr^a. Ana Carolina Maia

Possui Doutorado (2012) e Mestrado (2004) em Teoria Econômica pela Universidade Federal de Minas Gerais. Atualmente é Professora Doutora do Departamento de Contabilidade e Atuária da Universidade de São Paulo (USP). Possui trabalhos premiados na área de saúde suplementar. Tem experiência nas áreas de Economia e Atuária, com ênfase em Economia Aplicada, atuando principalmente nos seguintes temas: Modelos de Seguro Saúde, Economia da Saúde, sistema de saúde suplementar brasileiro, informação assimétrica, demografia e saúde, precificação de produtos de saúde e concorrência no setor de saúde no Brasil.

Planos e
Seguros
de Saúde

O QUE SABER

Gestão de Risco em Planos de Saúde



FenaSaúde

Federação Nacional
de Saúde Suplementar



Sumário

Apresentação	4
O que é Gestão de Risco em Planos de Saúde?	6
O Financiamento dos Planos de Saúde	8
Do Risco Saúde ao Risco Financeiro	12
A proteção de planos de saúde e seus desafios	16
O Ciclo de Controle de um plano de saúde	24
Como operadoras gerenciam riscos de saúde?	30
Risco de subscrição	36
Referências Bibliográficas	40

Apresentação



“Existe o risco que você não pode jamais correr, e existe o risco que você não pode deixar de correr”. A frase de Peter Drucker, considerado o pai da administração moderna, nos mostra que o risco é inerente à vida tanto do ser humano, quanto de uma organização.

Em 2017, a CNseg publicou o livreto “Gerenciamento de Risco e o Seguro”, onde o leitor é informado que o risco representa a “incerteza” do resultado futuro de nossas escolhas no presente. A definição de risco se confunde com a natureza do ser humano. Gerenciar risco é gerenciar a nossa própria existência.

Os planos de saúde e seguros saúde seguem os mesmos fundamentos e conceitos do seguro, no que se refere aos aspectos técnico, econômico-financeiro e atuarial. **O bem a ser garantido é a proteção dos riscos decorrentes das doenças e acidentes pessoais.**

No entanto, em razão da regulação legal adotada no Brasil para a saúde suplementar, fundamentos que compõem o seguro, como a aleatoriedade e a imprevisão ficam significativamente fragilizados. Por exemplo, o não reconhecimento de carência nos casos de urgência e emergência; vedação ao limite financeiro da importância segurada, regras de precificação por faixa etária, vedação da rescisão unilateral; vedação de limites de utilização por procedimentos (consultas, exames, internações, etc).

Na saúde suplementar, as operadoras, considerando as características do produto escolhido pelo consumidor e as características da população atendida, gerenciam os recursos dos beneficiários diante das necessidades de assistência à saúde. **Essa gestão dos recursos provenientes das mensalidades é conhecida como Gestão de Risco em Planos de Saúde.** Ou seja, a operadora ou seguradora de um plano de saúde necessita, rotineiramente, aplicar práticas de controle e monitoramento dos seus produtos.

Para entender melhor esse processo, esta publicação irá detalhar temas como o risco saúde e o risco financeiro; como operadoras gerenciam riscos de saúde; e o que é gestão de risco em planos de saúde.

Boa leitura!

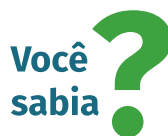
Solange Beatriz Palheiro Mendes

Presidente da FenaSaúde
Outubro de 2018

O QUE É
Gestão de Risco
EM PLANOS DE SAÚDE?

As expressões gestão e gerenciamento de risco são usuais em diversos ramos de seguro. No mercado de planos de saúde, são as operadoras de saúde as entidades que exercem intermediação fundamental no gerenciamento dos riscos de saúde das pessoas, pois são elas que oferecem cobertura para cuidados de saúde de necessidade incerta.

As garantias oferecidas pelas operadoras, por sua vez, dependem fundamentalmente dos dispositivos de desenho do produto escolhido pelo consumidor, ou seja, do que está previsto no contrato do plano de saúde, cabendo às operadoras a responsabilidade de prever e gerir adequadamente os recursos dos beneficiários para fazer frente às coberturas assumidas. A essa responsabilidade de mensuração e gestão adequada dos recursos damos o nome de Gestão de Risco em Planos de Saúde que, dito em outras palavras, é a aplicação sistemática de práticas de avaliação, controle e monitoramento de riscos segundo suas diversas fontes, com objetivo de agregar valor de curto e longo prazo.



No mercado de planos de saúde, são as operadoras de saúde as entidades que exercem intermediação fundamental no gerenciamento dos riscos de saúde das pessoas, pois são elas que oferecem cobertura para cuidados de saúde de necessidade incerta.



O Financiamento DOS PLANOS DE SAÚDE

Como funcionam os planos de saúde?

O plano de saúde é um dos maiores desejos dos brasileiros. Atualmente, o setor possui 47,2 milhões beneficiários de planos médico-hospitalares e 23,4 milhões de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos e movimentou mais de 180 bilhões de reais em 2017.

Apesar da relevância desempenhada na economia e no sistema de saúde brasileiro, os planos de saúde são, às vezes, produtos mal compreendidos com relação ao tipo de proteção que as operadoras são capazes de oferecer para seus beneficiários.

47,2
milhões

de beneficiários de
**planos médico-
hospitalares**

23,4
milhões

de beneficiários em
**planos exclusivamente
odontológicos**

Hoje, os planos de saúde no Brasil são financiados em regime de mutualismo. Entende-se por mutualismo a associação um grupo de indivíduos com interesses comuns e legítimos, pagando uma mensalidade (prêmio, na linguagem do seguro) e formando um fundo coletivo utilizado para indenizar as eventuais perdas financeiras futuras de membros desse mesmo grupo ou custear os serviços de assistência à saúde que venham a ser necessários. Não existe, nesse sentido, nenhuma forma de retenção de recursos para cada beneficiário em particular, ou seja, não há acumulação. Se o beneficiário não usar o plano de saúde, isso não significa que ele detém recursos junto à operadora, pois, a mensalidade dos beneficiários que não usaram o plano de saúde foi usada para cobrir as despesas assistenciais dos beneficiários que precisaram usá-lo.

Além disso, a decisão de comprar um plano de saúde é voluntária nos tipos de contratação individual ou familiar e coletivo por adesão, ou seja, as pessoas podem ou não adquirir a cobertura. Dada essa característica de liberdade de escolha, provavelmente, pessoas com maior chance de precisar do plano são as que têm a maior propensão em comprá-lo, se associando a esse grupo de indivíduos. É por isso que os planos de contratação individual tendem a reunião no mutualismo um grupo de pessoas com um risco mais elevado e, portanto, requerendo um prêmio médio mais alto do que em correspondentes planos coletivos. Um exemplo desse efeito aparece claramente no perfil de idade

**Você
sabia ?**

O setor de planos de saúde movimentou no País mais de 180 bilhões de reais em 2017.

Entende-se por mutualismo a associação um grupo de indivíduos com interesses comuns e legítimos, pagando uma mensalidade e formando um fundo coletivo utilizado para indenizar as eventuais perdas financeiras futuras de membros desse mesmo grupo ou custear os serviços de assistência à saúde que venham a ser necessários.

das pessoas com e sem plano de saúde no Brasil: as pessoas com plano tendem a apresentar uma idade mais elevada, justamente porque esse grupo tem mais chance de precisar usar o plano de saúde.

Uma vez que a compra do plano de saúde é voluntária, que o mecanismo de financiamento é o mutualismo e que as pessoas possuem diferentes chances de precisar do plano de saúde, ou seja, possuem diferentes perfis de risco individual, é necessário, para tornar o sistema justo no sentido de promover acesso aos mais diferentes perfis de pessoas, promover algum tipo de diferenciação do prêmio com base na chance de usar o plano. Essa diferenciação se dá de duas formas no sistema de saúde suplementar brasileiro: por meio da diferenciação de mensalidades segundo a idade (grupos etários) e por meio da informação sobre doenças pré-existentes.



DO RISCO SAÚDE AO
Risco Financeiro

O que é o risco saúde?

O plano de saúde é distinto de outros tipos de seguro porque a cobertura é da saúde do beneficiário.

Partindo dessa premissa, o risco, quando falamos de saúde, é então a consequência financeira de uma alteração no estado de saúde de uma pessoa. Essa mudança no estado de saúde pode acarretar despesas com bens e serviços de saúde para o tratamento do doente, gastos com reabilitação e até perda de renda causada pela diminuição da capacidade produtiva ou aposentadoria precoce.

A incerteza gerenciada nesse risco é, portanto, determinada pelas condições de saúde de uma pessoa ou de um grupo delas. Estimar o desdobramento financeiro proporcionado pelo comprometimento da saúde, elencando toda a gama de recursos externos, como tecnologia médica, e decisões possíveis por parte prestadores e consumidores, é a essência da gestão dos riscos de saúde.

A incerteza gerenciada no risco saúde é, portanto, determinada pelas condições de saúde de uma pessoa ou de um grupo delas.

**Você
sabia ?**

As operadoras têm a função de organizar o mútuo, que envolve a avaliação do risco, a definição do preço do plano, a cobrança e gestão financeira dos recursos, a organização da rede de assistência à saúde, pagamento aos prestadores e até a gestão de saúde de seus beneficiários.

Qual a função das operadoras de planos de saúde?

As operadoras têm a função de organizar o mútuo, que envolve a avaliação do risco, a definição do preço do plano, a cobrança e gestão financeira dos recursos, a organização da rede de assistência à saúde, pagamento aos prestadores e até a gestão de saúde de seus beneficiários.

Uma gama de produtos de seguro oferece proteção para as perdas relacionadas a problemas de saúde. Esses produtos são oferecidos pelas operadoras de planos e seguros de saúde, que exercem, portanto pelo menos, três níveis de intermediação no processo de gestão do risco:

Níveis de intermediação no processo de Gestão de Risco

Administrativa

A intermediação administrativa é relacionada à emissão dos contratos, à cobrança e recebimento dos prêmios (contraprestações) e à liquidação de sinistros, isto é, à prestação da assistência ou apuração do dano para basear o cálculo da indenização.



Técnica

A intermediação técnica é o próprio gerenciamento da carteira de beneficiários, que pode ser definido como o conjunto de riscos individuais, com seus diferentes graus de morbidade (probabilidade de ter a saúde comprometida e a gravidade dessas eventuais doenças) e comportamentos e atitudes pessoais com relação aos cuidados com a saúde. Esse gerenciamento do risco dos beneficiários é o que permite a garantia do pagamento dos benefícios, quando se fazem necessários. Nessa etapa, é preciso levar em conta fatores como o tamanho do grupo de beneficiários, pois que se observam importantes economias de escala nesse setor, com reflexos no custeio da operadora (quanto maior o número de beneficiários menor o custo administrativo per capita) e na redução da incerteza ou variabilidade da despesa (também tanto menor quanto maior for o número de beneficiários).



Financeira

A intermediação financeira se refere ao gerenciamento dos recursos arrecadados, das provisões e reservas de dinheiro necessárias para a gestão do risco assumido no contrato.





A PROTEÇÃO DE
Planos de Saúde
E SEUS DESAFIOS

Como medir o grau de proteção dos planos de saúde?

Dimensão Quantidade

Quando beneficiários definem qual plano de saúde estão adquirindo, eles também definem:

a) o grau de intermediação financeira da operadora, ou seja, o quanto cabe à operadora provisionar de volume de recursos financeiros para fazer frente às despesas com saúde e



b) o quanto do risco de saúde estão detendo consigo ou repassando para a operadora.



O quanto do risco de saúde está coberto no plano depende dos dispositivos de divisão de custos presentes no contrato. Quando indivíduos compram um plano sem nenhuma divisão de custos, estão transferindo todo o risco para a operadora. Se, por outro lado, decidem reter parte dos riscos na forma mecanismos financeiros de divisão de custos, estão aceitando um acordo no qual a cobertura do plano é parcial. Na prática, as operadoras podem dividir o risco de saúde com os indivíduos de algumas maneiras, como nas franquias e coparticipações, muitas vezes limitadas a um valor máximo de dispêndio por parte do beneficiário, que são as mais usuais. As coparticipações podem ser na forma de um percentual do valor do serviço ou de um valor fixo pelo serviço. As franquias, por sua vez, são mecanismos que definem

um valor, dentro de um intervalo de tempo pré-definido, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ao beneficiário do plano privado de assistência à saúde ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada. Pela ótica do beneficiário, as coparticipações com valor percentual significam que o plano oferece o acesso aos serviços mediante uma redução direta de preço de forma similar a um cupom de desconto, ou seja, os serviços que possuem coparticipação percentual terão seus preços reduzidos para os beneficiários na proporção de: $1 - \text{valor percentual da coparticipação}/100$ ¹. As franquias, por sua vez, têm a vantagem de oferecer cobertura financeira nas situações mais catastróficas deixando indivíduos certos quanto ao valor máximo que desembolsarão diante da necessidade de uso do plano de saúde.

A combinação desses dispositivos financeiros e do valor esperado da despesa assistencial da apólice é usada para medir a quantidade de proteção oferecida por um contrato de plano de saúde no momento em que o contrato é redigido. Esse cálculo, nos EUA, é conhecido como “valor atuarial”, que indica a que indica a percentagem do total de gastos esperado com assistência médica que é coberto pelo plano,

Você sabia ?

Nos EUA, o valor atuarial do plano é informado para os indivíduos antes da contratação do plano.

¹ Se a coparticipação percentual for de 40%, por exemplo, o serviço que prevê coparticipação tem seu preço reduzido para o beneficiário em 60%, mecanismo similar a um cupom de desconto.

uma vez estabelecidos os mecanismos de divisão de custos com o beneficiário. Nessa equação, o numerador é o valor esperado do total de gastos com assistência pago pelo plano e o denominador é o valor esperado do total de gastos pago pelo plano adicionado do valor esperado do total de desembolso realizado pelo beneficiário (custo total com os eventos de saúde). Nos EUA, o valor atuarial do plano é informado para os indivíduos antes da contratação do plano.

Dimensão Qualidade

Observa-se, entre os planos de saúde, uma variação substancial da qualidade que está relacionada à:

a) Amplitude e tipo da rede de atendimento:

consumidores se preocupam com a rede de atendimento (se houver) no que se refere à facilidade de acesso, dado pela quantidade de prestadores e no que se refere à habilidade desses prestadores em oferecer cuidados resolutivos e humanizados. Nesse sentido, é possível que os consumidores queiram maior disponibilidade de prestadores com mais experiência em sua condição particular.



b) Prazo da cobertura: os contratos coletivos têm prazo de vigência de um ano. Os contratos individuais, entretanto, possuem garantia de renovação automática, dispositivo que significa, no extremo, uma cobertura de vida inteira que pode ser compreendido como um diferencial de qualidade.



Existe um modelo de contrato ideal?

Uma questão frequente e associada à definição das dimensões qualidade de cobertura do plano de saúde é sobre qual o nível de cobertura ideal, ou seja, qual o nível mais eficiente de contrato. Esse tópico está frequentemente presente na pauta regulatória e tem gerado um debate importante no Brasil. Do ponto de vista conceitual esse nível ótimo de contrato depende da configuração de fatores associados à presença de informação assimétrica no mercado.

Do ponto de vista conceitual

esse **nível ótimo de contrato** depende da configuração de fatores associados à presença de **informação assimétrica no mercado**.

Uma das premissas usuais de mercados genéricos e que deve ser flexibilizada para o mercado de planos de saúde é a suposição de informação completa.

Informação completa pressupõe que o comprador e o vendedor de um bem qualquer estão totalmente informados sobre as características desse bem, seu preço, quantidade e qualidade. A informação completa implica dois aspectos sobre a compreensão da natureza de um bem. A primeira é que não há nenhuma característica do bem que seja desconhecida. A segunda é de simetria - tanto o comprador quanto o vendedor têm as mesmas informações sobre o bem.

O mercado de planos de saúde apresenta, entretanto, informações parciais (quando nenhuma das partes detém total informação sobre o bem) e assimétricas. A informação é parcial no que tange à natureza probabilística e pessoal da saúde. Os indivíduos podem estar bem informados sobre seus riscos para a saúde, mas esses riscos continuam probabilísticos, ou seja, há alguma probabilidade de que um determinado indivíduo tenha um ataque cardíaco nos próximos dez anos e não é claro se esse risco pode ser quantificado com precisão e nem que todas as informações necessárias para quantificar esse risco estejam disponíveis. Além disso, pessoalmente, indivíduos vivenciam um mesmo problema de saúde de formas diferentes, sendo difícil prever e determinar custo/benefício das intervenções. A informação também é assimétrica, pois existem fortes incentivos para que ambas as partes retenham as informações na tentativa de aproveitar a assimetria. Os indivíduos têm um forte incentivo para disfarçar seu verdadeiro nível de risco de saúde, com receio de pagarem prêmios mais elevados e as operadoras podem optar por revelar seletivamente informações sobre a extensão da cobertura sem excluir informações necessárias ou violar o padrão de boa fé do contrato.

Outro resultado decorrente da assimetria de informações é a possibilidade de os prestadores se comportarem de forma a lucrar com a vantagem informacional que detêm em função da autoridade médica e induzirem o uso excessivo de serviços de saúde.

O risco moral é um fenômeno relacionado ao efeito da cobertura de plano de saúde sobre preço dos serviços de saúde percebidos pelos beneficiários.

Em um mercado tradicional, preços ajudam indivíduos a tomar decisões racionais de consumo no presente e de substituição intertemporal sobre o que consumir hoje e o que poupar para o amanhã. Pauly (1968) explica que o risco moral, nesse mesmo sentido, é a resposta racional de procurar mais cuidados médicos quando existe cobertura para esses cuidados comparativamente ao que seria demandado na sua ausência. A principal preocupação com o risco moral, como decorrente desse efeito preço, é que o plano de saúde pode induzir cuidados desnecessários para o reestabelecimento da saúde a partir de níveis de cobertura muito amplos. Uma analogia pode ser feita com uma conta de restaurante em que 5 pessoas combinam em dividir a conta de maneira igual. Nessa situação existe uma tendência de que o valor global da conta fique mais elevado, pois cada gasto adicional por um dos participantes de \$1 acarreta um acréscimo direto a sua quota individual de apenas \$0,20.

As perdas econômicas diretas relacionadas ao risco moral incluem

- a)** a elevação do custo de fornecer coberturas de plano de saúde, pois os carregamentos² estão relacionados com o montante global dos sinistros, e,
- b)** a redução da valorização do cuidado que é fornecido pelo plano de saúde, pois o cuidado adicional que uma pessoa recebe de plano de saúde pode ter baixo benefício, enquanto que uma pessoa que paga diretamente pela assistência médica tenderia a comprar apenas serviços cujo benefício supere o custo.

A existência de risco moral é uma das principais justificativas empregadas para a ausência de coberturas muito mais amplas em qualidade e quantidade.

² Carregamento é a parcela do preço, não relacionado ao risco (por exemplo, despesas administrativas, impostos, despesas com comercialização e lucro).

Seleção adversa refere-se à tendência dos indivíduos mais propensos a precisar do plano a procurar ou a se manter no contrato de plano de saúde.

A seleção adversa, também conhecida na literatura como anti-seleção, é definida como uma resposta racional à informação privada e é uma consideração importante porque impõe custos a todo o grupo de indivíduos que participam do mutualismo: quando os indivíduos pagam um prêmio menor que os custos esperados, os demais membros do pool precisam compensar a diferença.

A seleção adversa se distingue do risco moral, pois ocorre antes de uma pessoa obter o plano de saúde, enquanto o risco moral ocorre após a cobertura.

A principal preocupação com a seleção adversa é que as operadoras de saúde decidam sub-financiar os planos em resposta ao uso de informações privadas pelo consumidor. Akerlof (1970) mostra uma situação extrema dos efeitos de seleção adversa no mercado de carros usados: vendedores sabem mais sobre o estado de seus carros do que os compradores e, na impossibilidade de diferenciar a qualidade dos carros, nenhum carro acaba vendido, levando à inviabilização do livre mercado. No caso do mercado de planos de saúde, o modelo sinaliza que planos de saúde podem não ser ofertados mesmo que haja disposição dos consumidores a pagar mais que o preço mínimo das operadoras. Esse argumento justifica o financiamento público de coberturas de saúde, sobretudo para grupos populacionais com elevado risco. Nos EUA, esse argumento foi usado para justificar o Medicare, programa de seguro com financiamento público para a população acima de 65 anos. Rothschild e Stiglitz (1976) mostraram que, num mercado competitivo e com informações privadas haverá um equilíbrio separador em que as pessoas de maior risco compram um contrato relativamente mais amplo a um prêmio maior, enquanto aqueles de menor risco compram um contrato mais restrito com prêmio menor, limitando a capacidade das companhias de obterem lucros econômicos.

The background features a complex geometric design. It includes several overlapping shapes: a large light gray rectangle in the upper left, a dark gray shape in the upper right, and a large light gray circle in the lower left. A series of thin, parallel lines in a light gray color create a textured effect, particularly in the upper right and lower right areas. A solid teal horizontal band spans the width of the page, containing the title text. Below this band, a thin green horizontal line is visible. The overall aesthetic is modern and professional.

O Ciclo de Controle DE UM PLANO DE SAÚDE

O ciclo de controle do produto é caracterizado

como uma série de procedimentos de gerenciamento realizada continuamente com o objetivo de monitorar a experiência, definir preços, provisões, reservas e subsidiar a tomada de decisões. Busca-se examinar de que forma ações e decisões tomadas no passado repercutiram sobre o desempenho dos objetivos, fornecendo o feedback dessa experiência como insumo para decisões e ações futuras. Em outras palavras, deve-se verificar se as melhores estimativas calculadas em anos anteriores se mostraram apropriadas nos anos subsequentes. Este teste de consistência faz parte do processo de validação que as operadoras devem realizar no cálculo das provisões técnicas.

Durante as etapas do ciclo existe uma importante interação entre profissionais de diversas áreas: atuários, médicos, coordenadores, subscritores, avaliadores de sinistro, equipes de vendas, marketing e até resseguradores, quando for o caso.

A figura abaixo, adaptada de Booth et al (2005), ilustra as etapas do ciclo de controle adaptadas ao plano de saúde.



O ponto de partida de um produto ou de uma linha produtos, é a definição do seu desenho. Os elementos essenciais do plano de saúde são:

➡ **Definição do tipo de subscrição.** Individual ou em grupo. São três formas de contratação possíveis: individual ou familiar, coletivo por adesão e coletivo empresarial

➡ **Existência de garantia de renovação.** Os contratos de adesão individual têm esse dispositivo garantido por lei.

➡ **Abrangência geográfica da apólice.** As opções são Nacional, Grupo de Estados (mínimo de dois estados), Estadual, Grupo de Municípios (mínimo dois e no máximo 50% dos municípios de um mesmo estado ou de outros estados, desde que não ultrapasse o limite de 50% de municípios de cada estado) e Municipal.

➡ **Extensão da cobertura.** A extensão da cobertura compreende a lista de procedimentos cobertos, os mecanismos financeiros de coparticipação e franquia previstos no contrato e as condições de carência. Os procedimentos cobertos são previstos conforme a segmentação da apólice. Existem as seguintes segmentações possíveis:

- Ambulatorial;
- Hospitalar com obstetrícia;
- Hospitalar sem obstetrícia;
- Odontológico;
- Referência;
- Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
- Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia;
- Ambulatorial + Odontológico;
- Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico;
- Hospitalar sem Obstetrícia + Odontológico;
- Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico;
- Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia + Odontológico.

A forma predominante dos contratos no Brasil é a de produtos com atendimento hospitalar e ambulatorial. Essa característica sinaliza que beneficiários desejam coberturas que lhes propiciem tratamento médico amplo.

Existe ainda a possibilidade da incorporação de coberturas adicionais às previstas no segmento do plano. A forma predominante dos contratos no Brasil é a de produtos com atendimento hospitalar e ambulatorial. Essa característica sinaliza que beneficiários desejam coberturas que lhes propiciem tratamento médico amplo. Normalmente, esse tipo de configuração é mais proeminente em países com menor provisão estatal.

➔ **Divisão de custos.** Os mecanismos financeiros de divisão de custo são permitidos por lei, embora ainda com regulação insuficiente quanto a patamares de máximo a ser desembolsado pelo segurado. O mecanismo mais tradicional é coparticipação que consiste na participação do beneficiário na despesa assistencial a ser paga diretamente à operadora, em caso de plano individual e familiar, ou à pessoa jurídica contratante, em caso de plano coletivo, após a realização de procedimento. A coparticipação pode ser definida como um valor percentual da despesa assistencial do procedimento ou ainda como um montante fixo. Existe ainda outro dispositivo, a franquia, que é definida como o estabelecimento de valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ao beneficiário do plano privado de assistência à saúde ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada.

- ➔ **Prazos de carência.** Os prazos de carência são dispositivos opcionais para as operadoras e variam de acordo com o serviço: 24 horas para casos de urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis), 300 dias para partos, excluídos os prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional, e 24 meses para doenças e lesões preexistentes a serem informadas na Declaração de Saúde.
- ➔ **Padrão de acomodação hospitalar.** Para contratos com cobertura hospitalar há ainda a previsão de dois padrões de acomodação, em caso de internação: coletiva (enfermaria) e individual (quarto).
- ➔ **Rede credenciada.** Definição de rede credenciada, referenciada ou de livre escolha de prestadores. Na perspectiva de gerenciamento de risco, esse aspecto é fundamental, pois, em grande medida, decisões médicas determinam o volume e escopo de serviços que serão requeridos diante de um evento de saúde. Quando existe maior controle sobre a rede de prestadores, controle esse exercido através de mecanismos de pagamento indutores de performance e não de volume de serviços, há menor risco de desvios das despesas em relação ao valor inicialmente planejado pela operadora.

Uma vez definidos os elementos da apólice, é feita a precificação do plano, que deve considerar os seguintes aspectos:

- ➔ **Base de dados.** Para calcular o prêmio, o atuário precisa ser capaz de estimar o custo futuro dos sinistros para cada segurado durante o prazo do contrato. As fontes de dados úteis para essas informações incluem estudos internacionais, dados da própria operadora ou de outras entidades, mediante a manutenção da privacidade dos beneficiários.
- ➔ **Metodologia de precificação.** Usualmente a metodologia de precificação segmenta frequência e severidade dos sinistros, separados por componentes (gastos com acomodação hospitalar, com consultas e com exames de imagem, por exemplo) e por atributos de risco observáveis

dos segurados, tais como idade, sexo, ocupação, condição de vínculo na apólice e outros³.

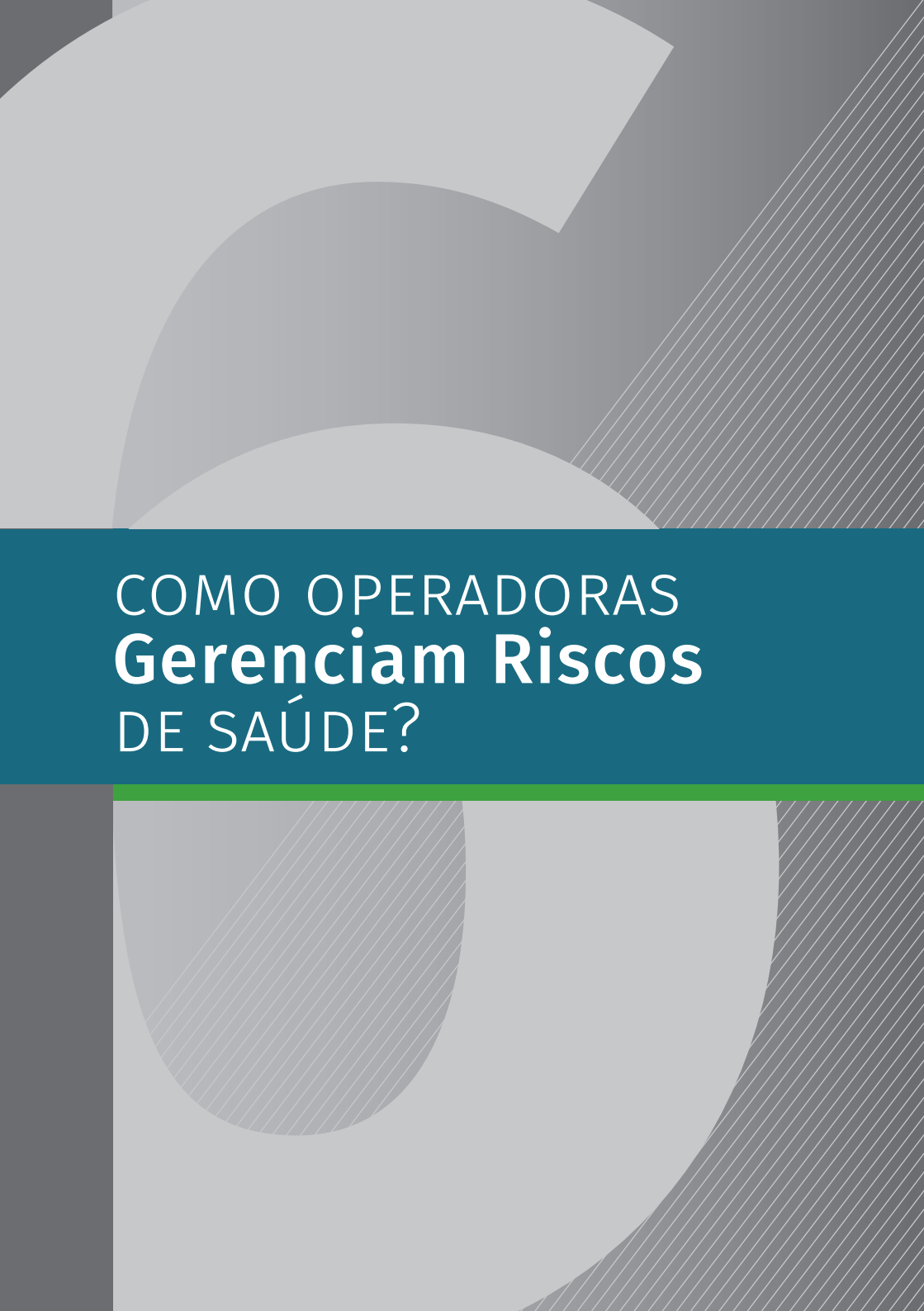
➔ **Possibilidades de classes de rating.** Embora a precificação possa considerar uma gama de atributos de risco, existem normas regulatórias que estabelecem os critérios de agrupamento dos riscos. Atualmente, a Resolução Normativa nº 63, publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina 10 faixas etárias para a formação dos prêmios de risco e estabelece, para um mesmo produto, que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18) e que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

➔ **Formação de preço.** Existem três tipos de formação de preço: Pré-estabelecido, Pós-estabelecido e Misto. No preço pré-estabelecido o valor do pagamento é calculado antes da utilização das coberturas contratadas. O pós-estabelecido é calculado após a realização das despesas com as coberturas contratadas, devendo ser limitado à contratação coletiva em caso de plano médico-hospitalar. Esse modelo é usado em opções de rateio, quando a operadora ou pessoa jurídica contratante divide o valor total das despesas assistenciais entre todos os beneficiários do plano, independentemente da utilização da cobertura ou de custo operacional. Há ainda o modelo misto, permitido apenas em planos odontológicos.

➔ **Inflação médica.** A elevada inflação médica, entendida como a variação das despesas com assistência à saúde per capita, tem persistido como um desafio mundial. Considerações cuidadosas devem, portanto, ser feitas a respeito da estimativa dos níveis futuros de despesas médicas, levando em conta a frequência de uso, a qualidade, os feitos de substituição, a inflação geral, os avanços tecnológicos e os incentivos aos médicos.

Após as vendas, as operadoras passam a então a gerenciar os benefícios e monitor a experiência daquela linha de negócios.

3 Precificação e classes de rating são diferentes. A precificação usa o maior número de atributos possíveis. As classes de rating agregam os perfis e uniformizam os prêmios de acordo com a legislação.



COMO OPERADORAS
Gerenciam Riscos
DE SAÚDE?

Múltiplas perspectivas do gerenciamento de risco

Existem diferentes perspectivas de risco nas decisões relacionadas ao seguro saúde, com conotações de curto, médio e longo prazo, a depender dos objetivos.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar pode requerer, por exemplo, que seguradoras mantenham capital suficiente para gerenciar riscos no horizonte de um ano. Segurados podem requerer a solvência em longo prazo, uma vez que desejam manter sua cobertura por um período maior. Seguradoras, por sua vez, gerenciam seus riscos a fim de atender a objetivos específicos do negócio e estão sujeitas às determinações de capital mínimo requerido pelo órgão regulatório.

Existem diferentes perspectivas de risco nas decisões relacionadas ao seguro saúde, com conotações de curto, médio e longo prazo, a depender dos objetivos.

O gerenciamento de risco das operadoras de planos de saúde

A causa primária de risco a que estão sujeitas operadoras de saúde decorre da inadequação dos prêmios, ou seja, quando o total dos prêmios pagos pelos beneficiários não cobre as despesas assistenciais e as despesas administrativas.

Determinar prêmios adequados, porém, não é uma tarefa simples, visto que eles não dependem apenas de um problema de projeção incorreta da tendência

A causa primária de risco

a que estão sujeitas operadoras de saúde decorre da **inadequação dos prêmios**, ou seja, quando o **total dos prêmios pagos** pelos beneficiários não cobre as **despesas assistenciais** e as **despesas administrativas**.

As organizações devem estar atentas a todo o processo de gerenciamento de risco, identificando, mensurando e gerenciando, de acordo com seu perfil e objetivos, os mais relevantes.

de sinistros ou da morbidade do grupo de segurados. Existem condicionantes setoriais e internos que tornam essa avaliação complexa. As organizações devem estar atentas a todo o processo de gerenciamento de risco, identificando, mensurando e gerenciando, de acordo com seu perfil e objetivos, os mais relevantes.

O processo de gerenciamento de risco é baseado nas seguintes etapas:

- Definição *a priori* dos objetivos da organização, tais como: margem de lucro, criação de valor, mitigação de risco, solvência e *market share*;
- Identificação do risco;
- Avaliação do risco;
- Análise de ações possíveis;
- Escolha de uma combinação de ações;
- Monitoramento

Definição *a priori* dos objetivos da organização



Identificação do risco

Nessa etapa, são levantadas possíveis causas e componentes do risco envolvidos sobre todo o negócio. O resultado prático é um registro dos riscos que afetam adversamente os objetivos estabelecidos pela organização. Nesse sentido, é importante enfatizar que os riscos são particulares da organização e podem evoluir de maneira diferente ao longo do tempo.

Um esforço de mapeamento dos principais riscos é necessário para orientar as etapas subsequentes do gerenciamento e destacar os mais relevantes para a operadora naquele determinado momento.



Avaliação do risco

A avaliação de riscos se refere à etapa na qual, uma vez identificados, os riscos são expressos por medidas apropriadas com o objetivo de quantificar e qualificar, em termos monetários, as suas consequências para a organização. São apontados os ganhos e perdas potenciais, com base no grau de impacto que cada risco pode exercer sobre a atividade da operadora. Pode-se apurar, por exemplo, qual o reajuste anual necessário para reequilibrar os planos de saúde individuais, mas há um risco que a ANS autorize um reajuste menor que o necessário para aquela operadora.

Embora a avaliação de riscos requeira, muitas vezes, um grande esforço, incluindo avaliações qualitativas, é importante que eles não sejam ignorados simplesmente porque é difícil avaliar com precisão.

Monitoramento

Esta etapa deve envolver o gerenciamento dos riscos propriamente dito, uma vez que nem todos podem ser evitados completamente. No entanto, as probabilidades de ocorrência podem ser reduzidas e os potenciais impactos mitigados. Nessa etapa, operadoras podem optar por transferir os seus riscos ou mantê-los. Em ambos os casos, a alocação de capital deve ser suficiente para dar suporte à atividade da operadora mediante o seu apetite ao risco.



Análise de ações possíveis e Escolha de uma combinação de ações

O desdobramento natural das etapas de identificação e avaliação consiste na análise e escolha de ações. Nessa etapa são analisados e comparados custos e benefícios relacionados às possíveis ações da operadora.






RISCOS DE **Subscrição**


No Brasil, a Agência Nacional de Saúde Suplementar determina⁴, determina para fins de avaliação da suficiência do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social Ajustado a Operadora de Planos de Saúde, a consideração, no modelo próprio, dos seguintes riscos: de Subscrição, Operacional, de Crédito, de Mercado e Risco Legal.

Dentre esses riscos, o de Subscrição é o de maior importância, pois ele é relacionado à política de preços.

Esse risco avalia as chances e os impactos decorrentes de um reajuste inadequado do preço, da própria subscrição de beneficiários, da reserva ou da definição do capital exigido para os planos de saúde. Em outras palavras, se qualquer um desses fatores se desviar adversamente daquele previsto haverá necessidade de um aporte adicional de recursos.

As várias dimensões do risco de subscrição incluem, entre outras:

 **Antisseleção.** Risco da estrutura de preços ou de benefícios daquela operadora estar relativamente desalinhada com o restante do mercado e assim atrair ou manter beneficiários com maior chance de utilização do plano de saúde (riscos piores), ou ainda, repelir os com menor chance de utilização (riscos melhores).

 **Autoridade ou concorrência.** Quando pressões competitivas são de tal magnitude que os preços dos prêmios praticados comprometem a sustentabilidade dos benefícios, despesas, impostos e lucros esperados. Essas pressões sobre prêmios podem ser tanto uma estratégia deliberada da operadora ou podem ocorrer de forma desalinhada por meio de políticas de desconto excessivas.

4 Por meio da Instrução Normativa Nº 14, de 27 de dezembro de 2007.

- ➔ **Dados.** O risco de que os dados usados para precificar o plano de saúde sejam inadequados ou incompletos.
- ➔ **Viabilidade financeira de prestadores.** Risco de que um prestador ou um grupo deles seja incapaz ou não deseje cumprir suas obrigações em função de insolvência ou quebra de contratos.
- ➔ **Modelo de risco.** Possibilidade de que o modelo usado para precificar o plano de saúde não reflita as dimensões do risco de preço inerente a ele de forma razoável e adequada.
- ➔ **Regulatório / legislativo.** Risco de a operadora ser impedida de cobrar um prêmio adequado ao perfil de risco do beneficiário e de revisar adequadamente, quando necessário.
- ➔ **Tendência.** O risco de tendência pode ser desagregado em três tipos:

Inflação

quando os preços dos bens e serviços de saúde se revelam significativamente diferentes daqueles assumidos na precificação do produto.

Alteração da frequência e da severidade


quando ocorre uma intensificação da severidade e ou da frequência de utilização dos serviços, configurando uma situação diferente do previsto no processo de precificação ou provisões do produto.

Tecnologia

quando os preços não antecipam custos decorrentes de novas tecnologias que aumentam o custo do evento.

Nos planos e seguros de saúde, a legislação determina que não há limite financeiro para o pagamento dos benefícios. Existe, entretanto, do ponto de vista individual, um limite físico – dado pela capacidade humana de receber intervenções médicas – e tecnológico – dado pela tecnologia disponível do rol de procedimentos previsto. A combinação desses limites oferece evidências sobre a perda máxima provável, que pode, por meio de efeitos decorrentes de tendência, se deslocar gradualmente.

Em atendimento à legislação brasileira, a ANS instituiu o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Trata-se de uma lista, atualizada a cada dois anos, que contém todos os exames, procedimentos e tratamentos que os planos e seguros devem cobrir, de acordo com a assistência contratada.

 **Subscrição.** O risco da política de subscrição⁵ de uma operadora falhar em impedir a aceitação de um risco. As regras de subscrição são diferentes para planos de adesão individual e coletiva. No primeiro caso as limitações são mais rígidas e incluem a impossibilidade de negativa de oferta do contrato.

Nos planos e seguros de saúde, a legislação determina que não há limite financeiro para o pagamento dos benefícios. Existe, entretanto, do ponto de vista individual, um limite físico – dado pela capacidade humana de receber intervenções médicas – e tecnológico – dado pela tecnologia disponível do rol de procedimentos previsto.

5 Processo pelo qual uma operadora analisa a possibilidade de fornecer uma cobertura solicitada por um prêmio acordado.

Referências Bibliográficas

Booth, P. Philip, 1964- (2005). Modern actuarial theory and practice (2nd ed). Chapman & Hall/CRC, Boca Raton, FL

Olivieri, A. and E. Pitacco (2015). Introduction to Insurance Mathematics: Technical and Financial Features of Risk Transfers. Second Edition. Springer, New York

Segal, S. (2011). Corporate Value of Enterprise Risk Management. The next step in business management. John Wiley & Sons.

Society of Actuaries. Mapping of Health Company Risks – Draft Version 2003 June 30

Society of Actuaries. Risks & Mitigation for Health Insurance Companies. 2012

Conheça na íntegra a coletânea
Planos e Seguros de Saúde – O que saber



**GESTANTE
ORIENTAÇÕES SOBRE A
COBERTURA OBSTÉTRICA
DOS PLANOS DE SAÚDE**



**A DIMENSÃO SOCIAL
E ECONÔMICA DO SETOR
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**



**FUNDAMENTOS DOS
PLANOS E SEGUROS
DE SAÚDE**

Disclaimer

2018 - Federação Nacional de Saúde Suplementar – FenaSaúde. Esta publicação foi desenvolvida com o objetivo de divulgar informações de interesse dos consumidores de planos privados de assistência à saúde. As questões foram abordadas de forma genérica e por isso podem suscitar dúvidas. Recorra à operadora do plano de saúde se necessitar de esclarecimentos sobre o seu contrato. A distribuição é gratuita. Esta publicação não deve ser reproduzida, total ou parcialmente, sem a citação da fonte. Todas as publicações podem ser acessadas, na íntegra, no site da FenaSaúde: <http://www.fenasaude.org.br/fenasaude/publicacoes/guias-cartilhas/>.

Projeto gráfico

Missão

Nossa missão é contribuir para a consolidação do mercado privado de assistência à saúde, através da troca de experiências e avaliações de temas de interesse comum, do desenvolvimento de propostas para o crescimento e desenvolvimento do mercado e do nosso fortalecimento como representação institucional das operadoras privadas de saúde suplementar.

FenaSaúde

ASSOCIADAS À FENASAÚDE



As cartilhas da **FenaSaúde** fazem parte do

PROGRAMA
**EDUCAÇÃO
EM SEGUROS**



Betie B. com



Federação Nacional de Saúde Suplementar

Conheça as iniciativas da FenaSaúde em
www.fenasaude.org.br