

NOTA: Há uma escala mínima de beneficiários para a operação segura de um plano de saúde regulado?

Marcio Serôa de Araujo Coriolano
Economista

Julho de 2022

1 - Em presença de crescentes custos médios per capita de assistência à saúde, a questão da escala (tamanho) de beneficiários de uma operadora sempre tem sido uma preocupação. Porque é fundamental a diluição do risco da saúde (mutualismo), ainda mais sabendo-se da existência de eventos severos (procedimentos hospitalares) que podem alcançar ao mesmo tempo vários pacientes e com custos que chegam a mais de uma centena de milhares de reais.

2 - Essa questão da escala, e suas insuficiências, parecem estar na origem da inviabilização de muitas operadoras de pequeno porte, pelo menos a contar com as frequentes intervenções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), muitas delas resultando em liquidações de operadoras, com os efeitos sociais que são de conhecimento geral.

3 - Embora questão sempre presente, não há fórmula para a fixação de uma escala mínima, ainda que a ANS exija demonstrações de "planos de negócios" que demonstrem a sustentabilidade de operação "nova" de uma operadora de planos privados de assistência à saúde.

4 - Nestas breves Notas, como de hábito para despertar o interesse de quem possa aprofundar-se no assunto, também como de hábito simplificarei alguns cálculos preliminares para tentar chegar a algum parâmetro médio que possa orientar o almejado aprofundamento pelos especialistas e entidades representativas do setor de saúde suplementar.

5 -Apenas para introduzir os conceitos e critérios de construção da tabela e cálculos que virão adiante, esclareço o seguinte:

5.1 - As operadoras precisam manter "reservados", "provisionados", "guardados", um montante financeiro correspondente aos eventos que sabe ocorridos ("avisados") ou que supõem vão ocorrer.

5.2 - Para estimar esses eventos, tomei como base as estatísticas da ANS (no quarto trimestre de 2021) das ocorrências havidas com as despesas assistenciais dos planos coletivos por adesão do segmento das "medicinas de grupo", porque usualmente são esses os com o maior número de pequenas operadoras e porque não trabalham com regime de reembolso de despesas de valores elevados.

5.3 - A base de beneficiários, para o cálculo per capita, foi a do mês de dezembro de 2021. Como disse, tudo muito simplificado.

6 - Segue então a tabela, com os tipos de eventos assistenciais, os seus valores no 3º quadrimestre do ano passado, mensalizados, e a sua participação no total das despesas.

Tabela
Despesas assistenciais mensais de planos coletivos por adesão das operadoras medicinas de grupo, por tipo de evento, segundo seus valores e sua participação relativa

EVENTOS	R\$ MIL/MÊS	%
CONSULTAS	133.778,00	26,0
PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS.	38.875,00	7,5
EXAMES	94.662,00	18,4
TERAPIAS	45.002,00	8,7
INTERNAÇÕES	192.322,00	37,3
OUTROS	10.717,00	2,1
TOTAL	515.356,00	100,0

Fonte: ANS

7 - Construída a tabela, o cálculo do custo médio per capita mensal foi obtido dividindo-se a despesa tornada mensal pelo número de beneficiários de planos coletivos por adesão das medicinas de grupo em dezembro de 2021 (2.034.790), resultando no chamado "custo mensal por membro", ou CPM no jargão setorial, ou "prêmio de risco" no jargão particular dos seguros.

8 - Esse custo, de aproximadamente **R\$ 253,00**, não contempla todas as demais despesas que a operadora precisa suportar para a sua operação (instalações, pessoal, central de atendimento, sistemas de TI etc. etc. etc.), cognominadas de "despesas administrativas", nem de despesas para a distribuição do produto (corretores, agentes ou similares), denominadas de "despesas de comercialização", fora margem de lucro e para reinvestimento.

9 - Então, para "carregar" aquele custo de R\$ 253,00 com essas despesas não-assistenciais, assumi que o equilíbrio da sinistralidade (despesas assistenciais sobre as receitas) devesse ser de 70%; ou seja, carregando o CPM em **30%**.

10 - Assim, o prêmio comercial (contraprestação pecuniária) mensal a ser cobrado, em média, dos beneficiários, passaria a **R\$ 362,00**. Essa seria uma referência de média das médias - "pé-no-fogão-e-cabeça-na-geladeira" - para cotejar em geral com o quanto cobrado por operadoras **reguladas (*)** atuantes no mercado de saúde privada.

(*) Há notícias de planos de “clínicas”, de descontos e outros, com custo per capita equivalente a 10% ou menos desse parâmetro geral.

11 - Óbvio que, de novo, pode haver operadora **regulada** mais eficiente, mais “digitalizada”, com melhor gestão, e assim por diante, bem como utilizando outros pontos (mais altos) de equilíbrio de sinistralidade, embora aqui esteja eu assumindo escalas pequenas, que precisam suportar custos fixos e variáveis maiores proporcionalmente (novamente, o atributo da diluição...).

12 - Voltando à escala (tamanho), lembrei anteriormente que as operadoras precisam “guardar” dinheiro, em ativos com diferentes graus de liquidez, para fazer face àquelas ocorrências. Essa é a garantia dos planos regulados (**). Então, pode-se arriscar que em espaço de 3 meses (entre ocorrência e pagamento), uma operadora com **10.000** beneficiários deveria ter reservado aquela despesa de R\$ 253,00 multiplicada por 10.000 = **R\$ 2.530.000,00**, adiantadamente. Diz-se que uma escala mínima seria (como disse, não há parâmetro “científico”) de **30.000** beneficiários, ou uma **A) reserva permanente de R\$ 7.590.000,00**.

(**) Os planos de “clínicas”, de descontos e outros, não são regulados, não são submetidos à lógica da “integralidade” da cobertura regulada e, portanto, não são obrigados a essas garantias.

13 - Como tudo é mais complexo no mundo securitário do que em outros mundos que se comprometem a honrar seus compromissos, e os planos de saúde não fogem à regra (a ANS baseou-se na regulação estatal das seguradoras), a ANS também exige uma “solvência adicional”, além do capital mínimo e das “provisões” para que a operadora possa ingressar e se manter ativa no mercado.

13.1 - Vamos supor que, conforme as normas da ANS, essa operadora medicina de grupo atuando em planos coletivos por adesão, por ser pequena (30 mil beneficiários), esteja enquadrada no segmento terciário (gasta menos de 30% em sua rede própria) e atue em apenas uma Unidade Federativa que não seja São Paulo.

13.2 - Para tanto, ela precisa de **B) um capital-base de R\$ 4.253.380,00**.

13.3 - Além desse capital-base, a referida operadora necessita constituir margem de solvência (uma espécie de capital adicional para honrar riscos “fora da curva”). Com aquele montante estimado de receitas e despesas, chega-se a **C) margem de solvência de R\$ 26.064.000,00 (***)**.

(***) para a receita dessa operadora de R\$ 130.320.000,00/ano e despesa assistencial de R\$ 91.080.000,00/ano.

Para esses cálculos aproximados, agradeço muito ao competente especialista em saúde suplementar, Sandro Leal, sem que a ele possa ser atribuída nenhuma responsabilidade pelos meus estímulos ao aprofundamento, absolutamente preliminares e aproximados.

13.4 - Desses cálculos do item **12** e precedentes, as garantias (em ativos financeiros) que essa operadora deve possuir, adiantadamente e permanentemente, é **A + B + C = aproximadamente. R\$ 38.000.000,00**. Parece evidente que, à vista da diferença anual entre receitas e despesas assistenciais, de **R\$ 39.240.000,00**, o retorno de todo esse investimento será tão mais rápido quanto mais eficientes forem o modelo assistencial e a gestão administrativa e da distribuição dos planos.

14 – Encerro as preliminares e exploratórias Notas por aqui, apenas adiantando que os critérios da ANS são internacionais e chamando novamente a reflexão para que, embora os cálculos derivados das normas da ANS sigam a proporcionalidade da escala (tamanho) da operadora, a agregação de mais beneficiários certamente ajudará que os donos ou acionistas não corram o risco de se “alimentar” da margem de solvência por conta da inadequada diluição dos riscos.

14.1 – Sobre as alternativas de cuidados com a saúde privada, não reguladas, deixo a avaliação aos doutos. Sem as garantias que apenas ensejei, esperamos todos que não estejamos voltando aos tempos pré-1998, com esquemas que possam comprometer a continuidade da assistência à saúde de quem compra.