

Empresa gasta menos, mas paga mais por plano de saúde

Por Beth Koike | De São Paulo

Usuários de planos de saúde empresarial gastam menos do que os clientes de convênios médicos individuais. Ainda assim, reajustes do preço do plano empresarial têm sido bem superiores nos últimos anos. No acumulado entre 2015 e 2018, o custo médico-hospitalar da modalidade empresarial subiu 73% e o reajuste médio aplicado ficou em 84%. Já no individual, o custo teve uma alta variação de 96,2% e o aumento de preço foi de 61%.

Nesse mesmo período, o índice que mede a variação dos preços dos planos de saúde (IPCA/IBGE) subiu 60,7% - mesmo patamar dos convênios individuais, cujos reajustes são controlados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Os dados dos custos do plano de saúde empresarial - benefício concedido por companhias a seus funcionários - foram levantados pela consultoria Mercer Marsh que pesquisou uma base com 1 milhão de beneficiários. O mercado como um todo tem 31,8 milhões de usuários de planos empresariais.

Em relação aos individuais, as informações sobre o reajuste são da ANS. Já os dados dos custos são apurados pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), órgão ligado às operadoras, que acompanha uma carteira com 880 mil beneficiários. No país, 9 milhões de pessoas têm essa modalidade de plano. Tanto o levantamento da Marsh quanto do IESS representam uma fatia do mercado e servem de referência para mensurar o setor que conta com um total de 47 milhões de usuários distribuídos entre planos de saúde empresarial, individual e por adesão.

A desproporção entre os indicadores divulgados pelo IESS, ANS e IBGE joga luz sobre os critérios adotados para calcular o reajuste do plano de saúde e levanta questionamentos sobre qual desses indicadores é o correto.

"Olhando esses números, alguém poderia facilmente dizer que o IESS, que é ligado às operadoras, tem interesse numa inflação médica mais alta, a ANS teria um viés político e puxaria o mesmo indicador para baixo e o IPCA- Planos de Saúde mede seu indicador com base nos reajustes da ANS. O fato é que todos não podem estar certos ao mesmo tempo com tanta oscilação observada na medição do mesmo índice", disse Luiz Feitoza, sócio da consultoria Arquitetos da Saúde. "Defendo que as empresas pagadoras dos planos de saúde criem seus próprios indicadores e referências de reajuste a fim de evitar tais distorções", complementou Adriano Londres, também sócio da Arquitetos da Saúde.

Mariana Dias Lucon, diretora de produtos da Mercer Marsh, disse que há uma diferença relevante de custos entre as carteiras de planos empresariais e individuais porque o perfil de usuários é distinto. A carteira de individuais do IESS tem um público mais velho que, conseqüentemente, usa e gasta mais. "Na carteira que acompanhamos, a idade média dos funcionários é de 29 anos. Já na carteira do IESS, 30% dos usuários têm mais de 59 anos. Apenas 6% dos beneficiários que pesquisamos está nessa faixa etária", disse Mariana.

Ainda segundo a executiva, a diferença nos reajustes ocorre porque a ANS pratica um aumento de preço visando atender a capacidade de pagamento da população e não necessariamente conforme os custos das operadoras. A ANS rebate o argumento afirmando que "os reajustes dos planos de saúde são impactados pela variação dos preços de cada procedimento em saúde e variação da frequência de utilização dos serviços. Assim, o percentual máximo de reajuste

estipulado pela reguladora aos planos individuais tenta refletir esses aspectos da composição do índice, de forma que seja possível ao setor se manter em equilíbrio sem comprometer a continuidade da cobertura assistencial oferecida ao beneficiário." Neste ano, a ANS passou a adotar novo critério de reajuste para o plano individual.

Segundo José Cechin, superintendente do IESS, a carteira de planos individuais acompanhada pelo instituto tem um custo médico hospitalar elevado porque seus usuários estão envelhecendo. Desde 2007, essa carteira é formada pelos mesmos beneficiários.

A Mercer Marsh também levantou dados de 150 mil funcionários de nove empresas que possuem programas estruturados de gerenciamento de saúde a fim de checar se houve controle de custo do convênio médico com tais iniciativas, entre setembro de 2017 e agosto de 2018. "Neste período, o custo com o plano caiu R\$ 35 milhões. As empresas conseguiram esse resultado porque adotaram efetivamente um programa estruturado de saúde. Isso quer dizer que o gestor dos departamentos e o RH trabalham integrados. Um exemplo: não adianta a empresa dar academia aos funcionários, mas eles não terem tempo devido à carga de trabalho ser alta", disse Mariana.