



*INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR*

Saúde Suplementar frente às demandas de um mundo em transformação

22 de março de 2007

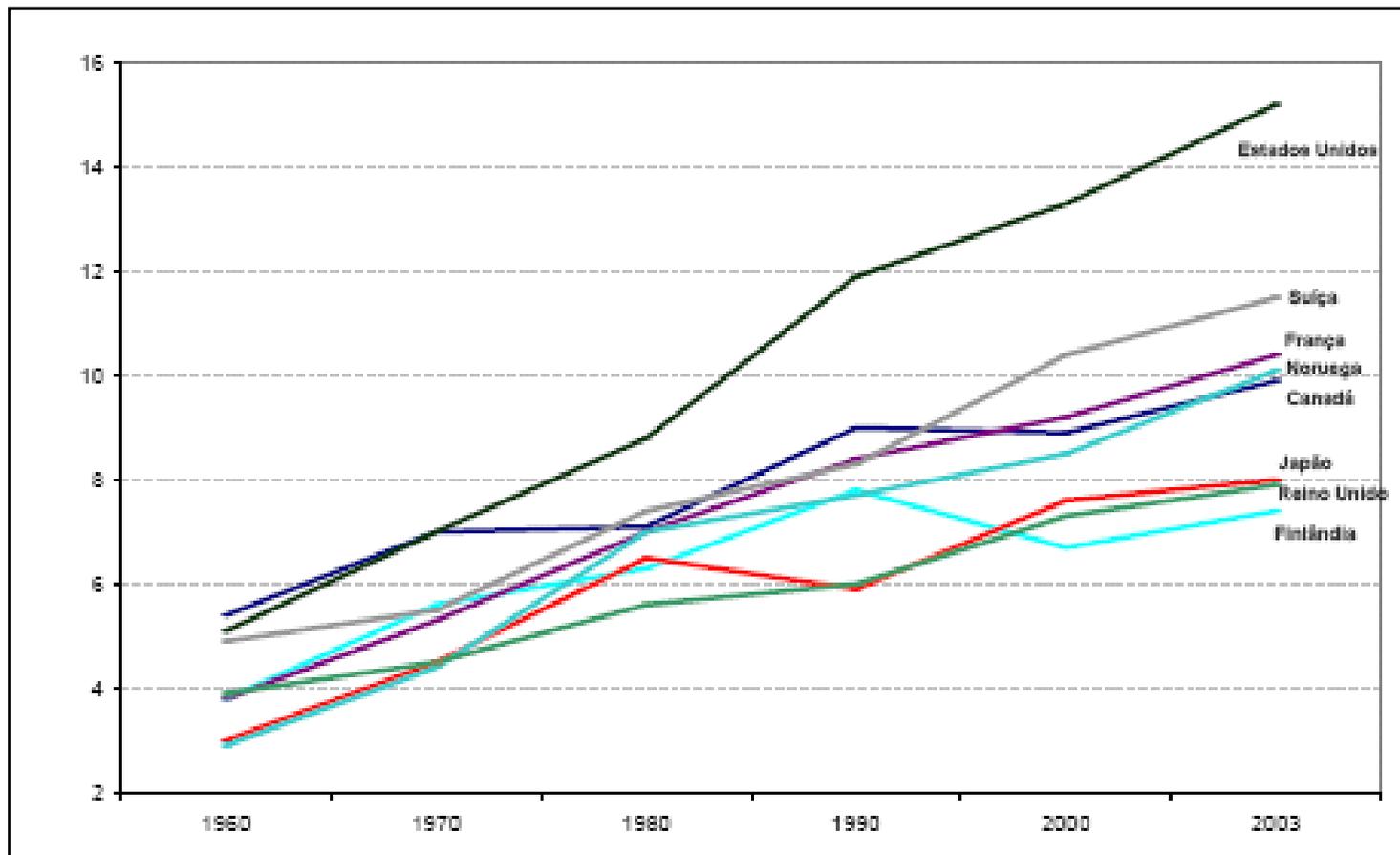
U:\IESS\Bloco Técnico\Trabalhos efetivos\apresentação Amcham

➤ Nossa missão

"Ser agente promotor da sustentabilidade da saúde suplementar pela produção de conhecimento do setor e melhoria da informação sobre a qual se tomam decisões."

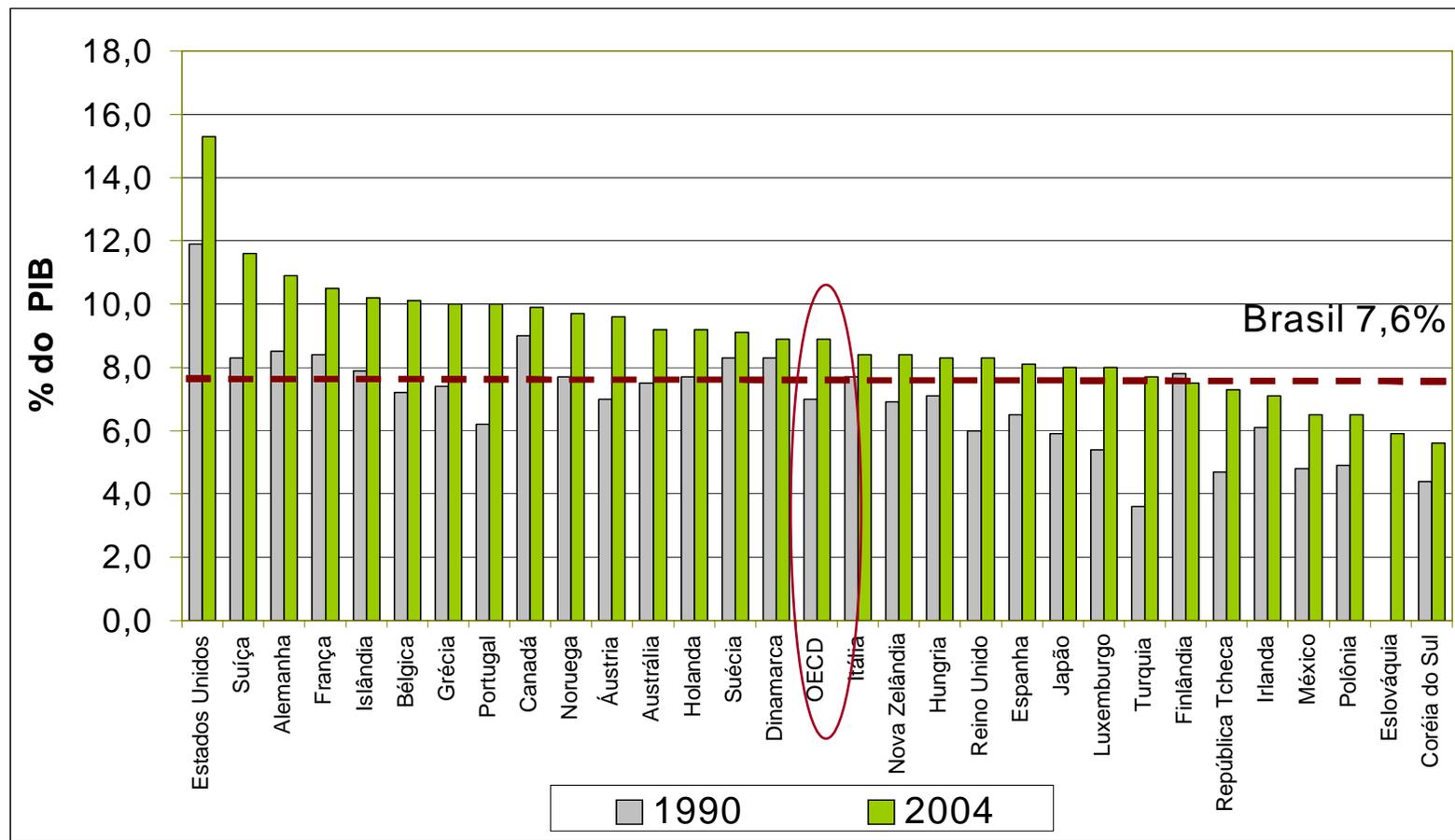
Demandas

O setor de saúde está demandando parcelas crescentes, por vezes indisponíveis, da renda dos países.



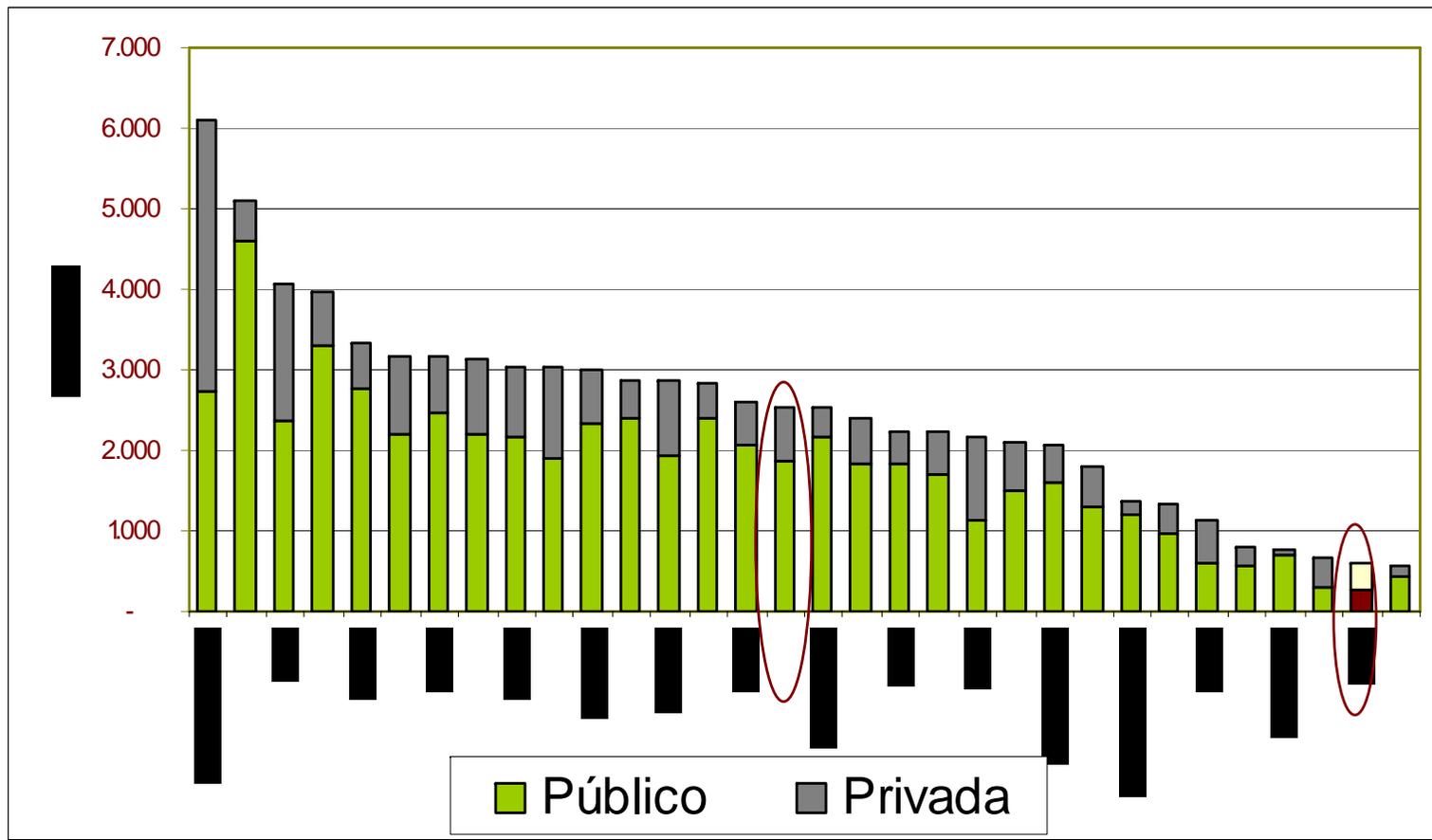
Aumento dos gastos com saúde 1990 e 2004

Com exceção da Finlândia, os gastos com saúde cresceram no período compreendido entre 1990 e 2004 em todos os países membros da OECD.



Gasto per capita em saúde em 2004 – USD PPP

Apesar de gastar em % do PIB média semelhante aos países da OECD, per capitamente o Brasil só gasta mais que a Turquia comparativamente.

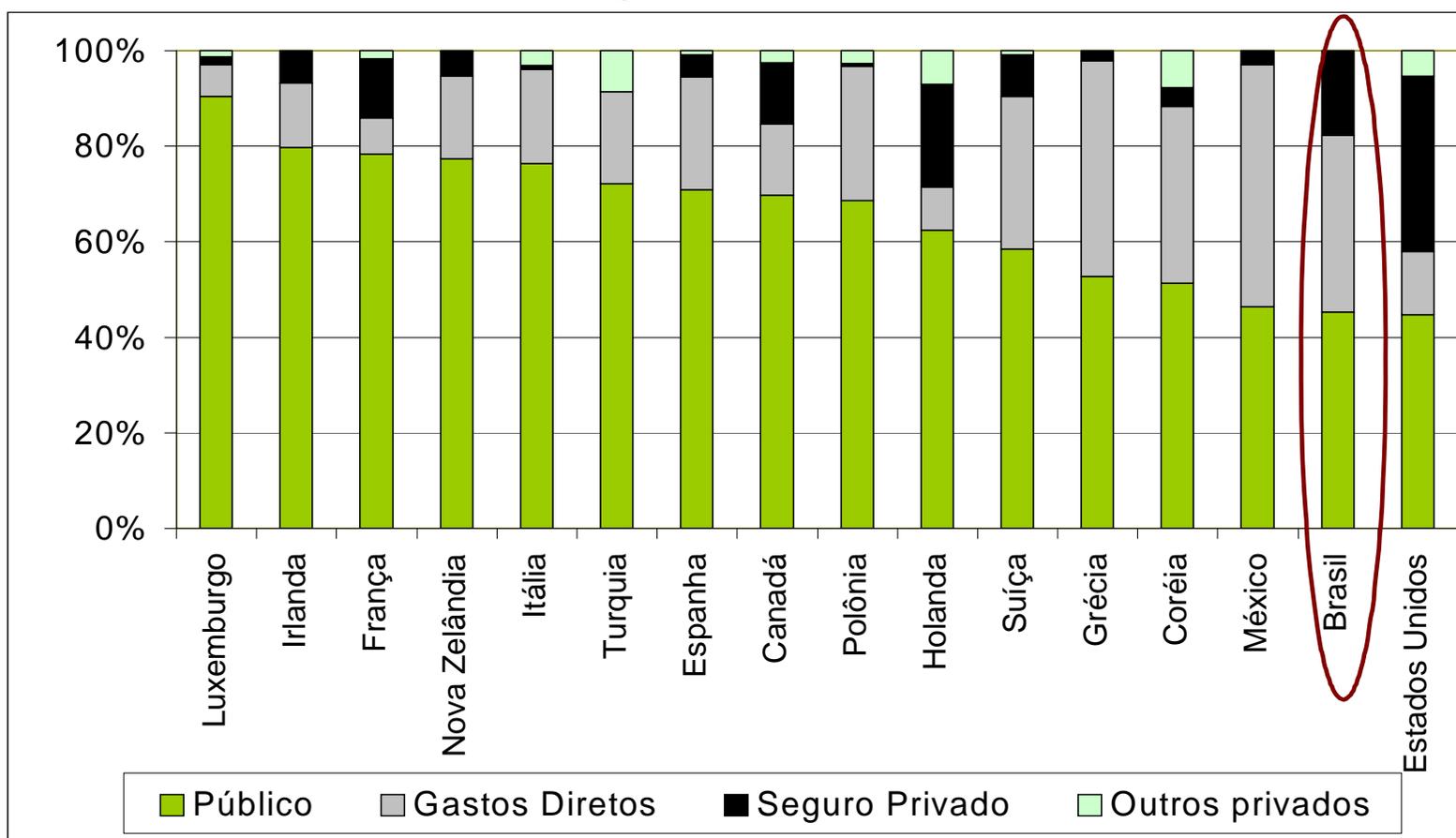


Causa ou reflexo dessa tendência, vários fatores são determinantes para o agravamento das pressões de custo. Resolver essa equação econômica não é trivial.

- Envelhecimento populacional
- Aumento da expectativa de vida
- Inovação tecnológica
- Rapidez da obsolescência
- Frequência de utilização
- Ineficiências na utilização
- Imperfeições de mercado

% de gasto em saúde por fonte de financiamento

O alargamento da proporção da renda dedicada a gastos com saúde representa uma óbvia preocupação e é realizado por múltiplos agentes.



Apesar das diferentes formas de organização, muitos dos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde são semelhantes.

- Aumentar a proporção da população com efetivo acesso;
- Aumentar a responsabilidade individual nos custos;
- Modificar a relação entre financiadores e provedores
- Diminuir a demanda induzida e criar políticas para introdução de novas tecnologias;
- Introduzir medidas para promover qualidade.

O desafio dos formuladores de políticas é conter a escalada de custos sem perda de qualidade, com equidade e garantia de acesso. Para isso organizam-se sistemas:

■ **Público**

- Tributos e alocação orçamentária – BRA - CAN - RU
Medicaid (EUA)
- Contribuições uniformes ou em função das remunerações – HOL – ALE – FRA – Medicare (EUA)

■ **Filantropia**

■ **Privado**

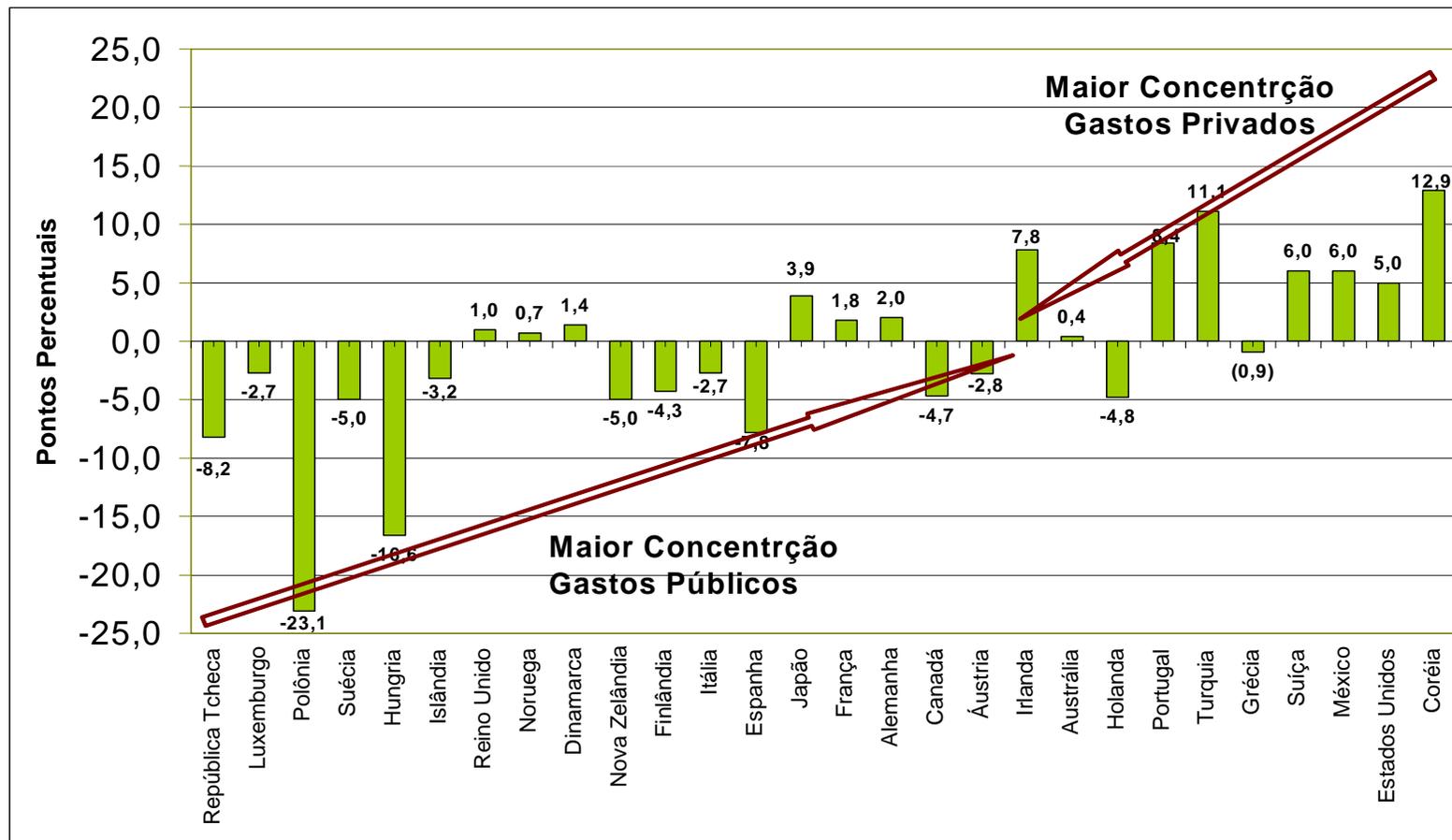
- Pagamentos diretos do bolso
- Prêmios de seguros e Mensalidades de planos

Em alguns países, a saúde privada é um dos importantes pilares do atendimento a saúde, mesmo em países onde tem função apenas suplementar e complementar.

- Em paralelo e em duplicidade
RU, ESP, ITA, AUS, **BRA**
- Em substituição e na atenção primária
EUA, para excluídos do público
ALE, optativo para alta renda
- Em complemento
EUA e FRA, para co-pagamentos
- Em suplemento
ALE, CAN, HOL, para serviços não

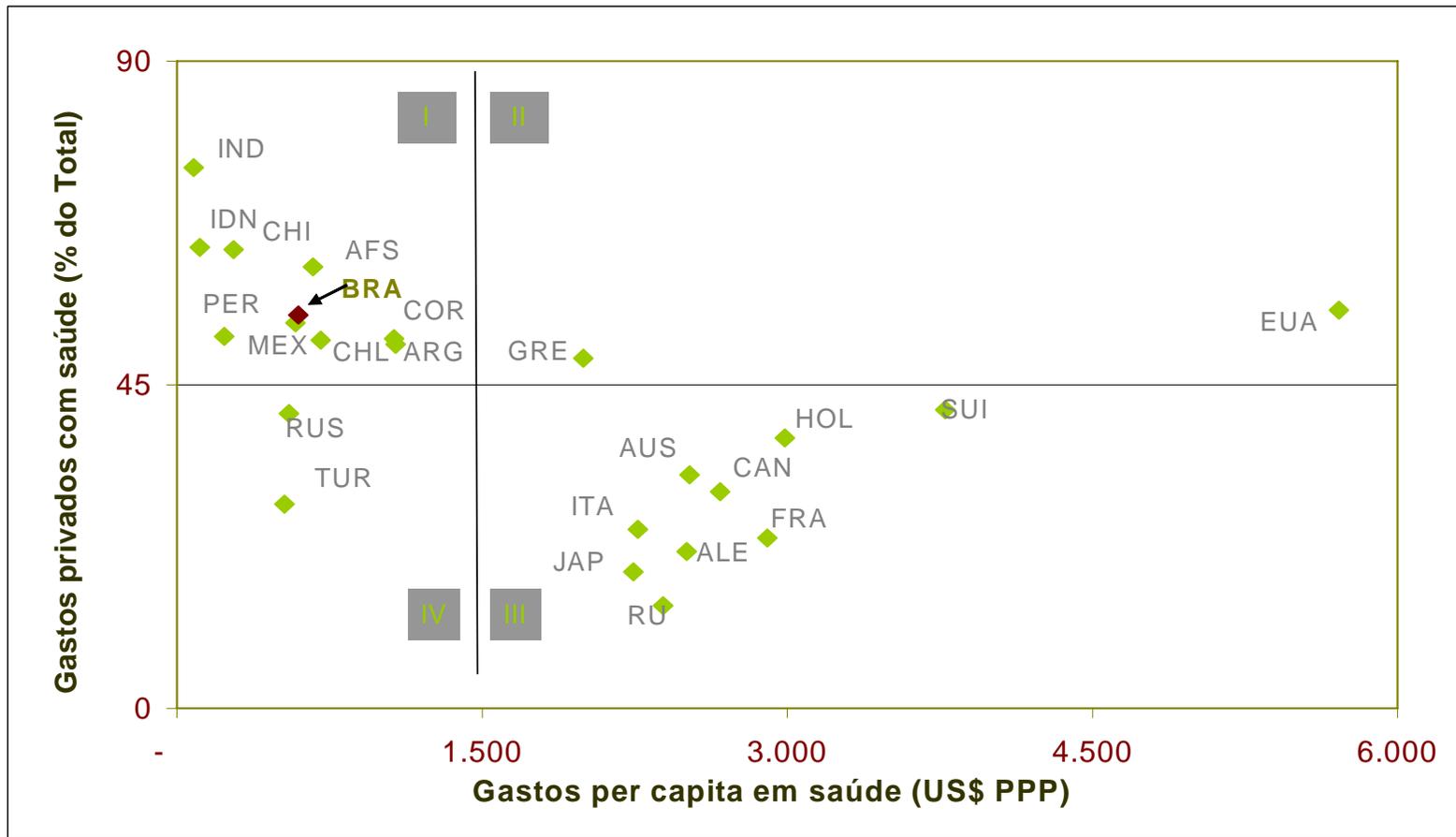
Variação da Participação Pública

Países que em 1990 tinham maior participação pública apresentaram um aumento da participação privada. Os países estão evoluindo para uma organização híbrida.



Gastos privados (% do total) vs gastos per capita

O modelo híbrido com a convivência dos sistemas públicos e privados deve preponderar sobre os modelos puramente públicos e privados.



Regulação protege ou limita escolhas do consumidor?

Desafios: diversificação de produtos e acesso de indivíduos de alto risco

A saúde suplementar é uma atividade intrinsecamente ligada à gestão de riscos.

Necessidade de regulação:

- Imperfeições de mercado
- Seleção de risco, seleção adversa
- Consistência dinâmica - preço de venda e reajuste
- Preço de venda livre mas reajustes controlados

Estabelecer uma correta alocação de riscos entre os agentes de oferta e de demanda, de modo a garantir a sustentabilidade do setor.

- Preservar liberdade de iniciativa e escolha
- Promover equidade e acesso (inclusão)
- Fixar padrões mínimos para produtos (marketing)
- Fixar requisitos de solvência – indivíduos precisam dos planos hoje e amanhã
- Incentivar uso eficiente (não perdulário)

No Brasil os planos de saúde privados são divididos por categorias quanto a forma de contratação, com impactos diferentes quanto a forma de regulação.

Coletivos:

- livre pactuação por negociação entre PJ
- baixa importância para seleção de risco ou adversa
- risco disperso
- perfil etário estável
- aumento de longevidade é favorável.

Individuais:

- reajuste de preço regulamentado
- seleção de risco e adversa,
- perfil demográfico variável,
- aumento da longevidade desfavorável

Reajuste e equilíbrio de contratos

- Reajustes autorizados pelo Governo
- Reequilíbrio por onerosidade excessiva causada por fato superveniente, imprevisível e extraordinário - vem do código de Hamurabi.
- O que é onerosidade excessiva?
Decorre de fato objetivo relacionado com condições iniciais do contrato: obrigações objetivas e premissas
 - Ex. Inovações não previstas – stent?
Obrigações novas - SPA?
- Reajustes sistematicamente a menor ou a assunção obrigatória de encargos não previsto nem previsíveis geram passivo contingente – (Transbrasil, Varig, ...)

Como o Brasil vai enfrentar os desafios de garantir acesso aos indivíduos de alto risco?

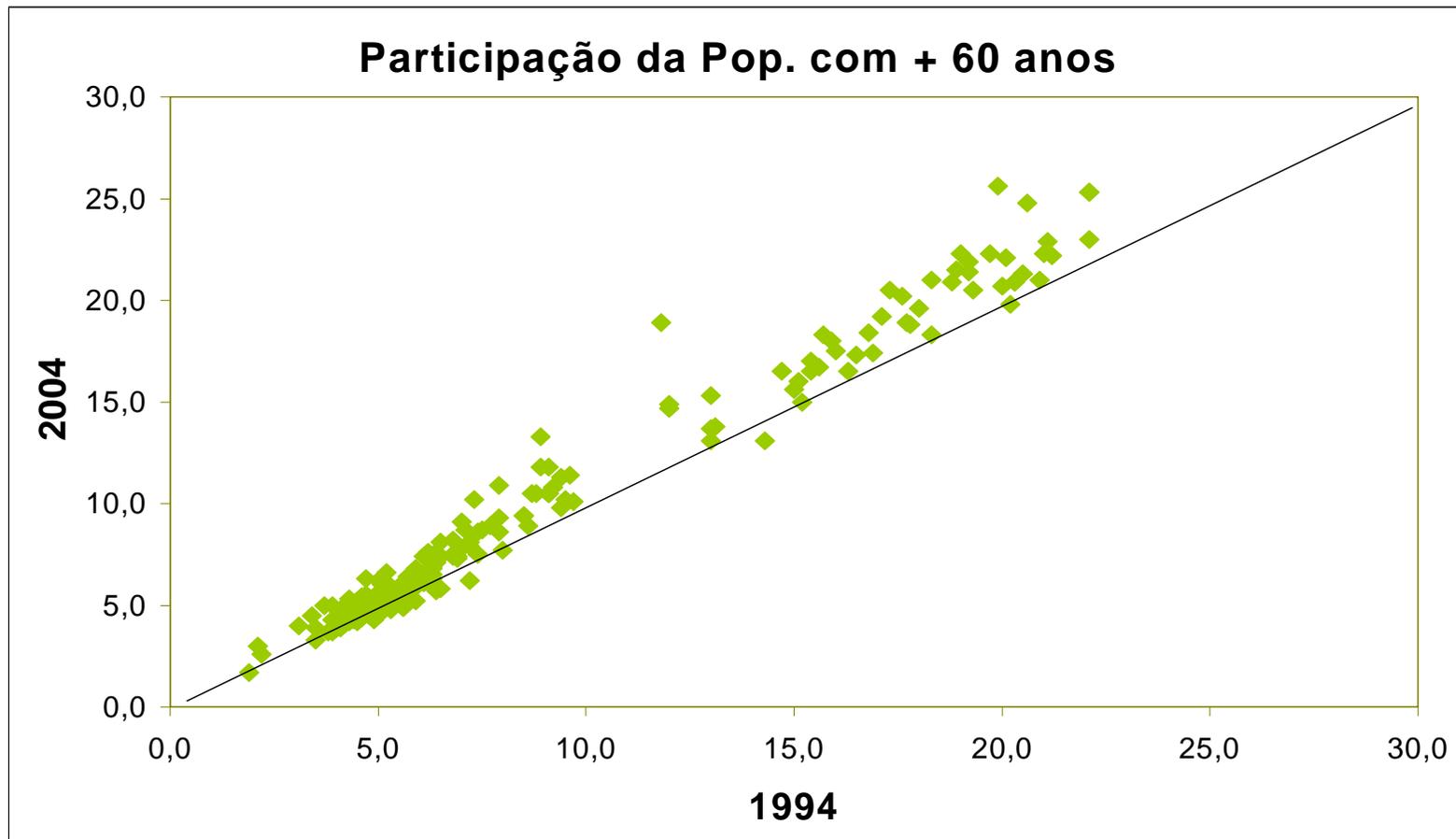
- Mutualismo ou individualismo?
 - Extremo do mutualismo:
toda uma população paga prêmios idênticos
 - Extremo do individualismo:
cada qual paga prêmio correspondente ao seu risco
- Repartição ou Capitalização
 - Perfil etário da renda é diferente do perfil do risco
 - Mutualismo intergeracional pode desestimular contratação de seguros por quem tem prêmio acima do risco.

Perfis etários: população, participantes de planos, mudanças demográficas, rendimentos

Custo médio per capita, perfis dos prêmios e prestações

Envelhecimento populacional

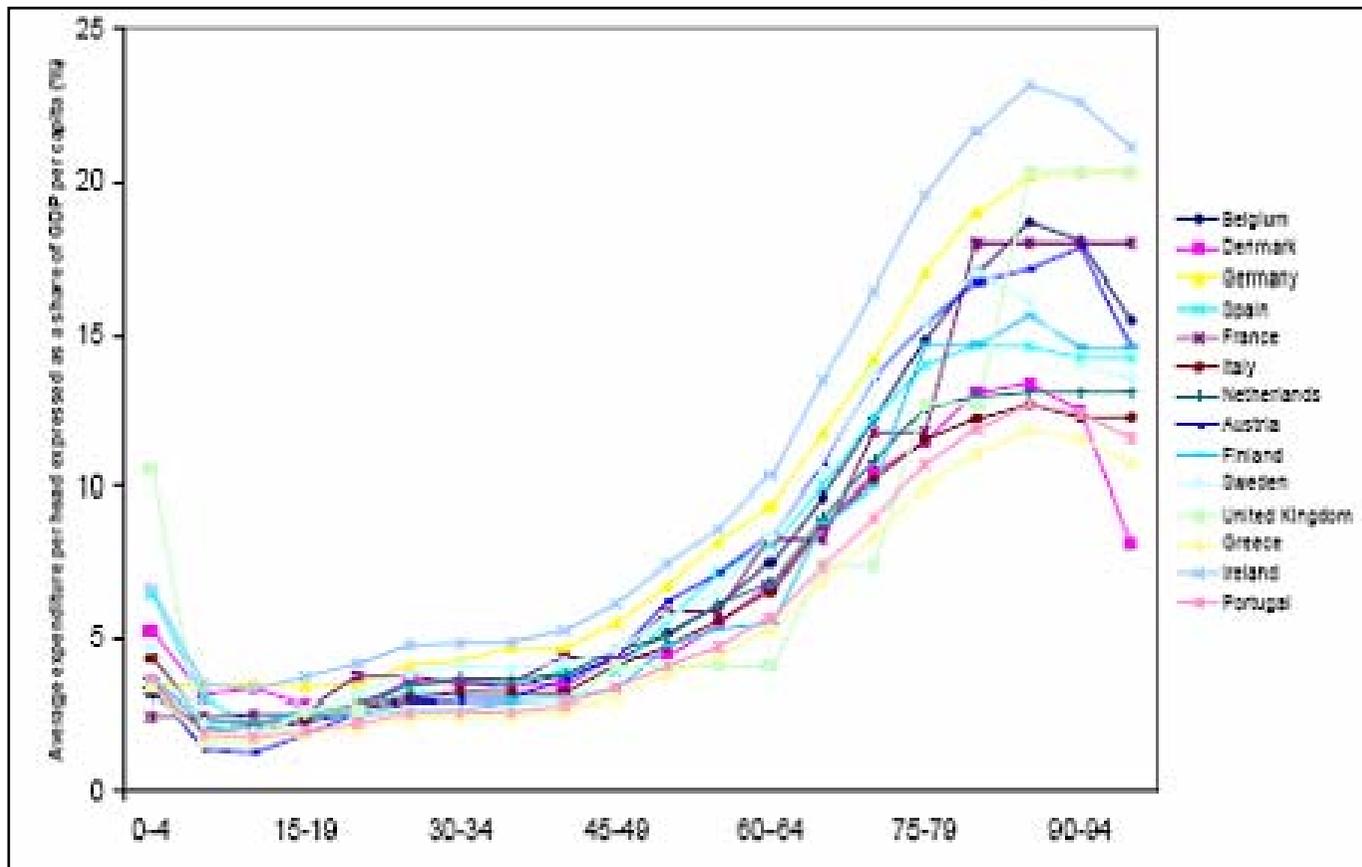
Na maioria dos países, a participação de idosos na população vem crescendo de forma expressiva nas últimas décadas.



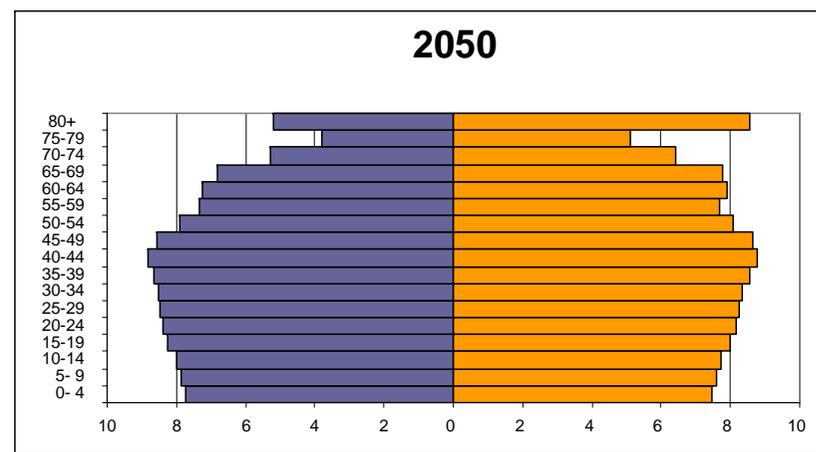
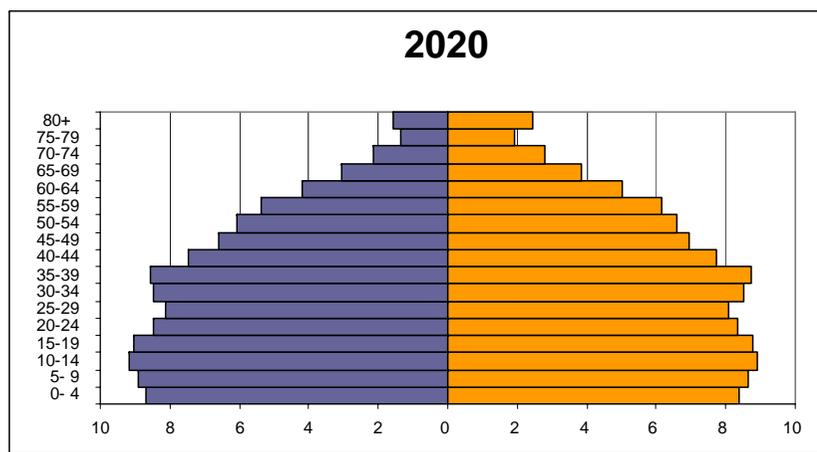
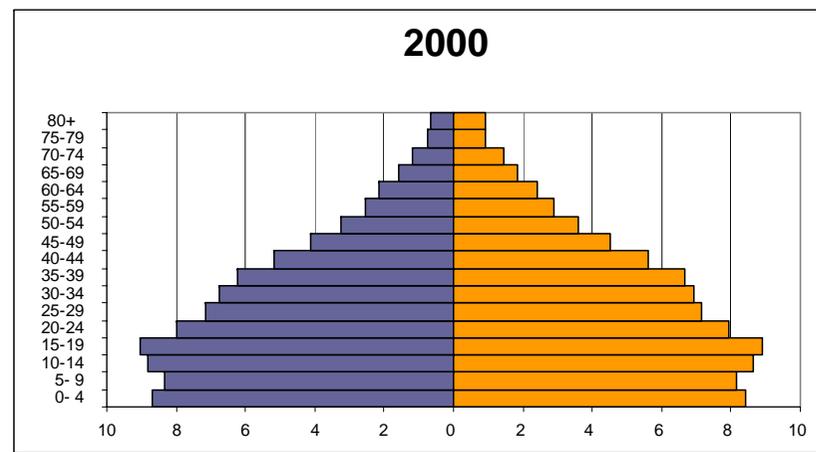
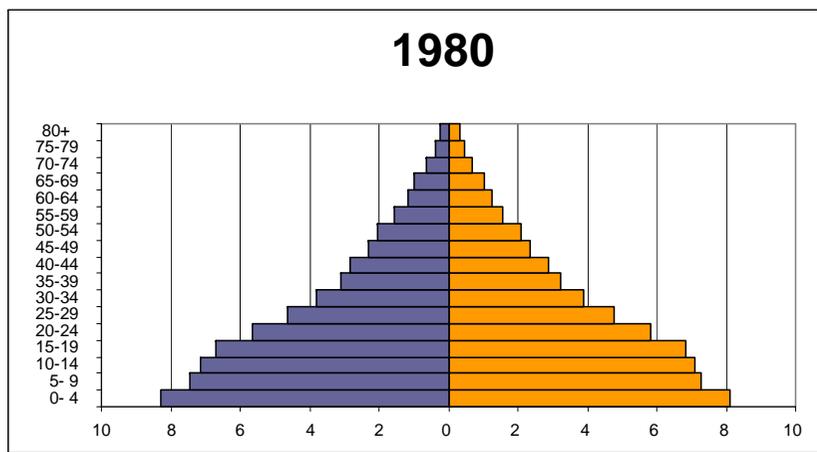
Gastos por perfil de idade

Uma população economicamente mais velha, tem maiores gastos com saúde.

Gastos com Cuidados Curativos na UE por perfil de idade

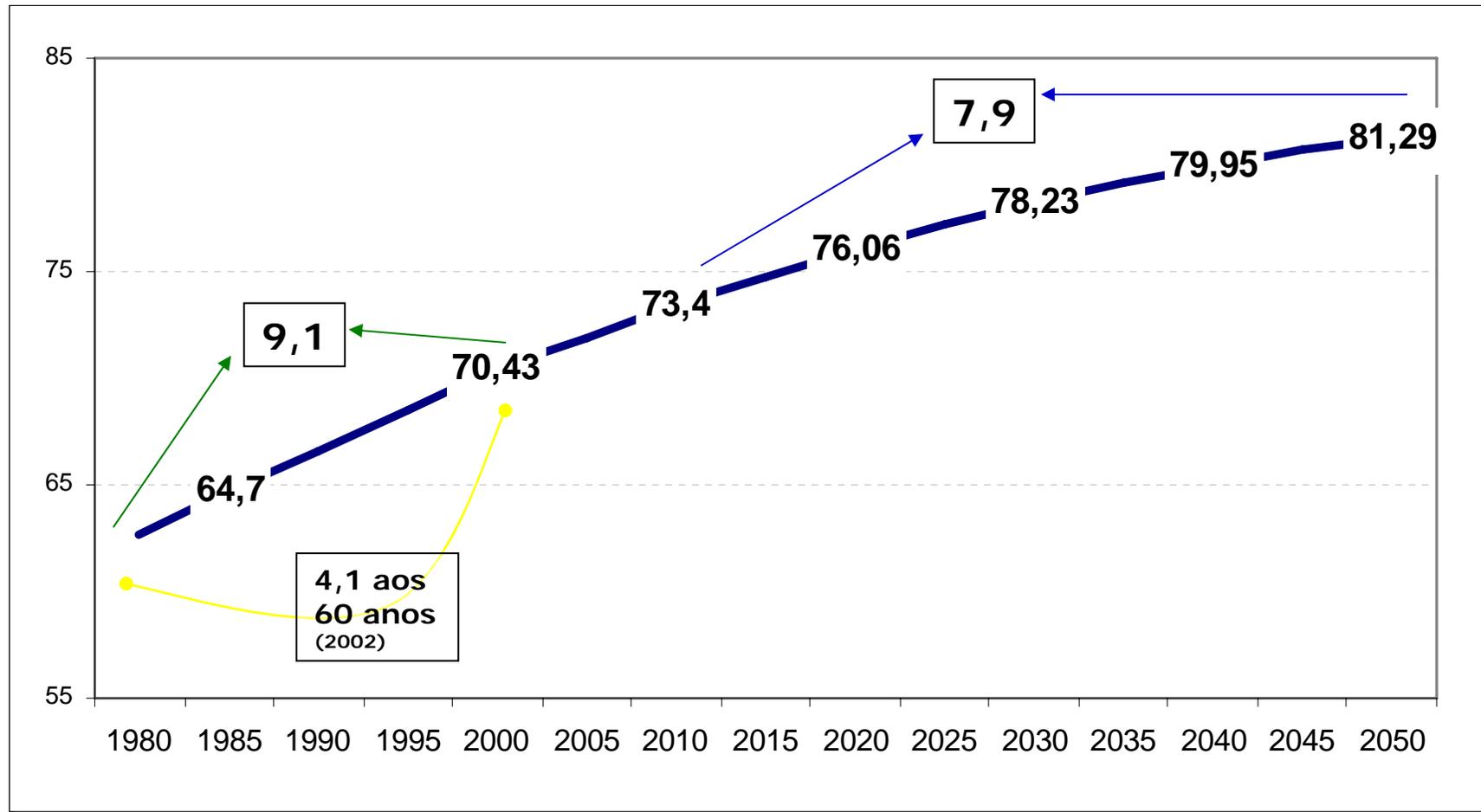


Distribuição etária da população - Brasil: 1980, 2000, 2020, 2050

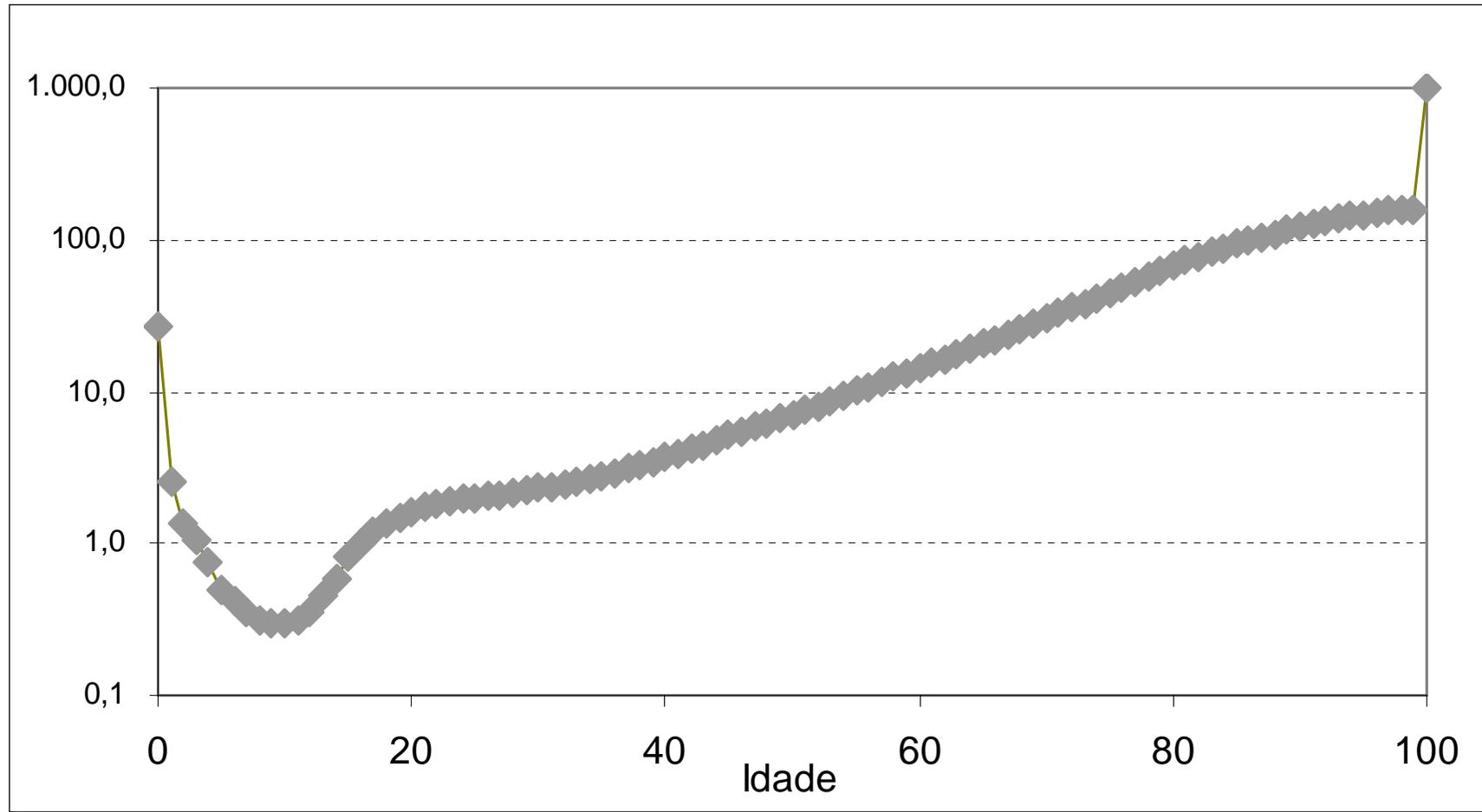


■ Homens ■ Mulheres

Aumento da esperança de vida 1980-2002

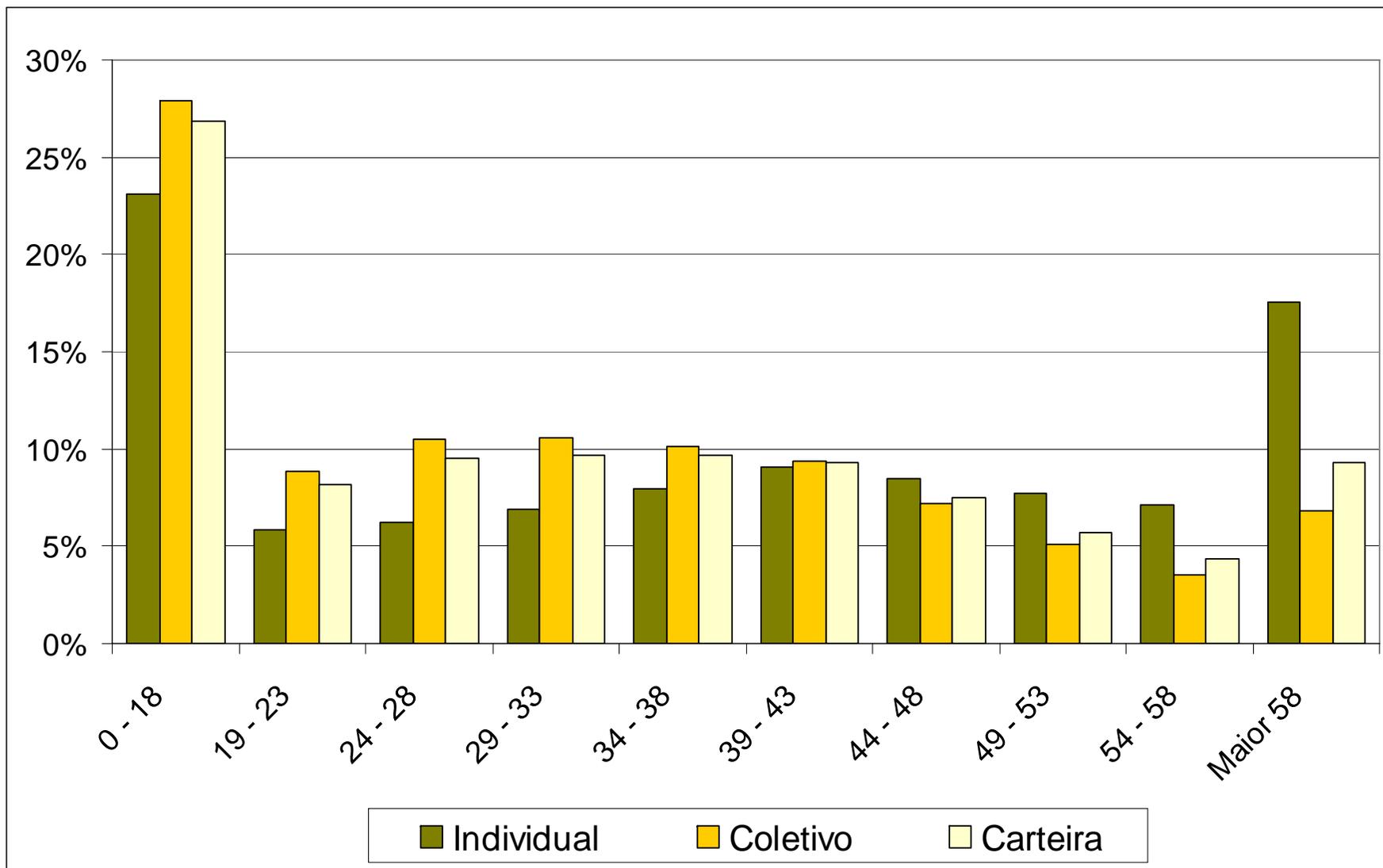


Probabilidade de Morte entre Idades – BR 2004



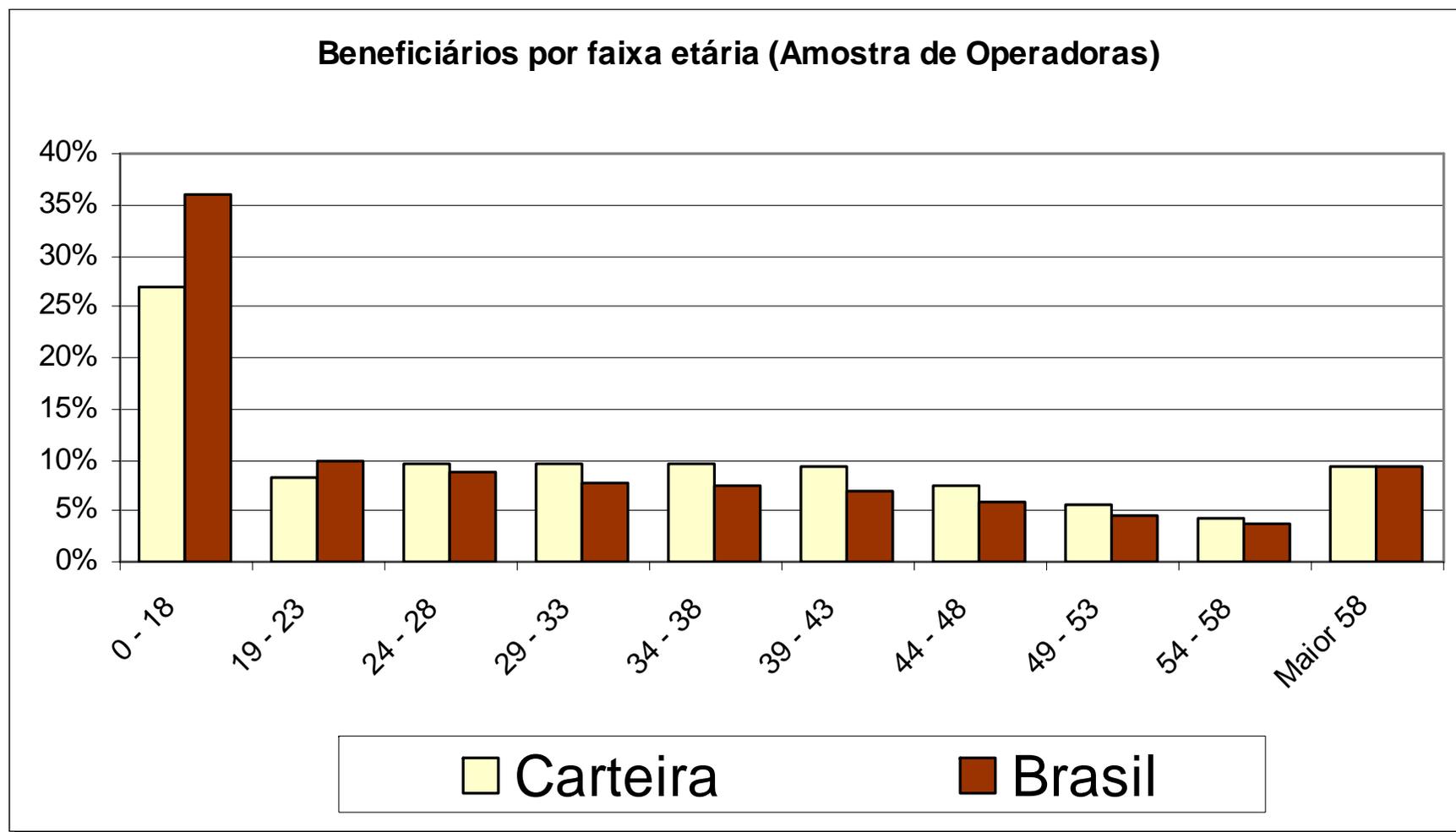
Beneficiários por faixa etária

Amostra: 7,5 milhões de beneficiários



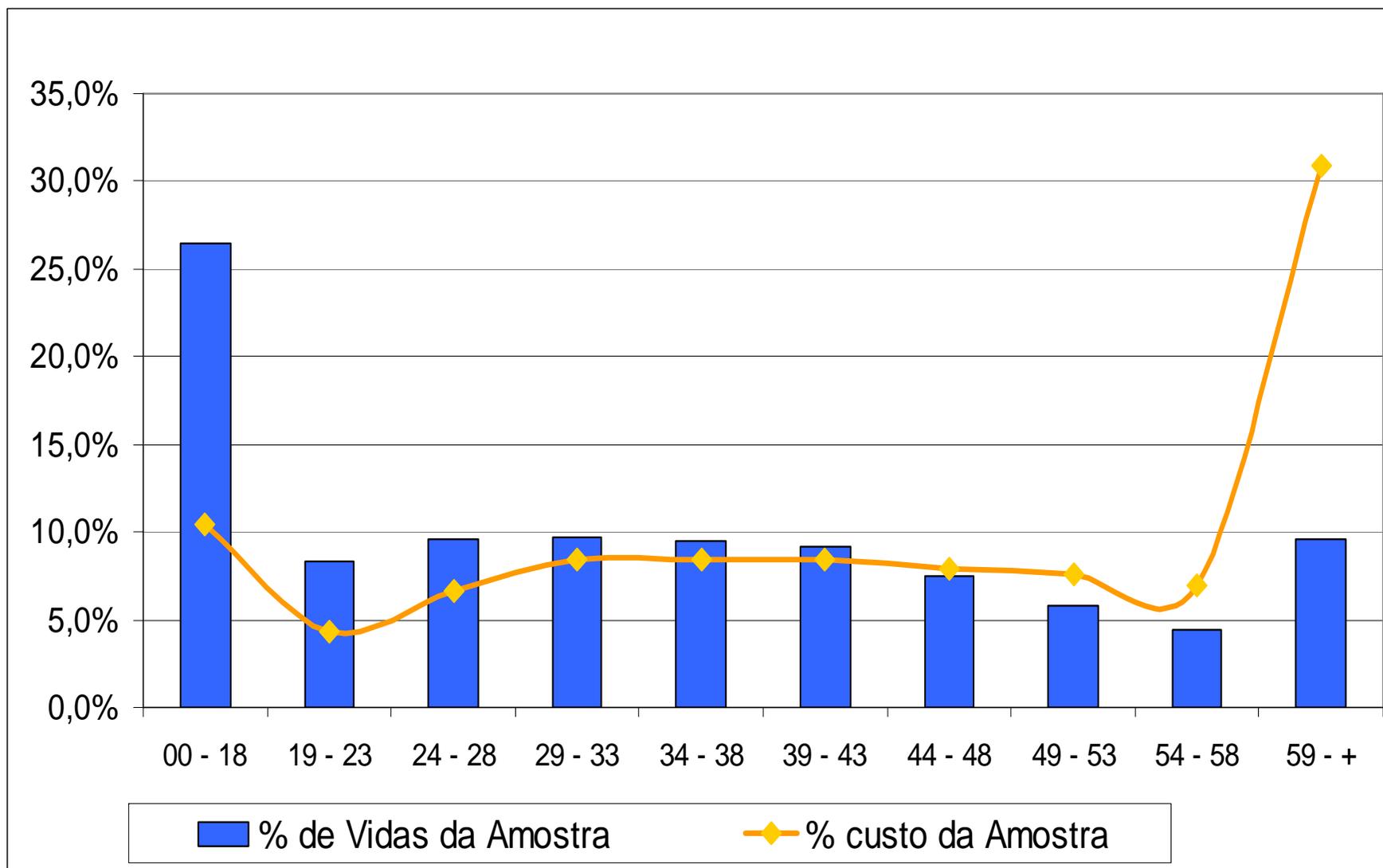
Beneficiários por faixa etária

Amostra: 7,5 milhões de beneficiários

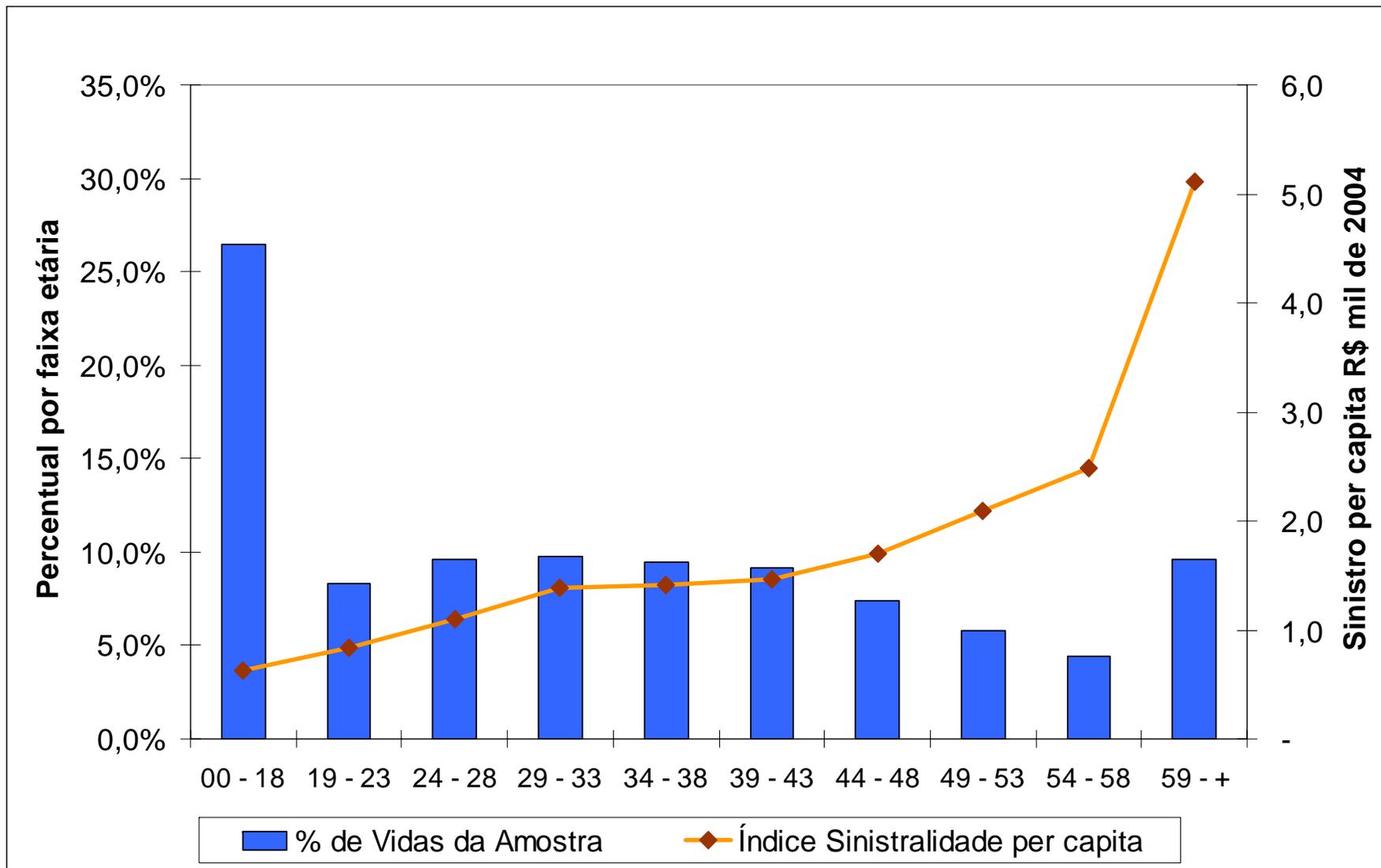


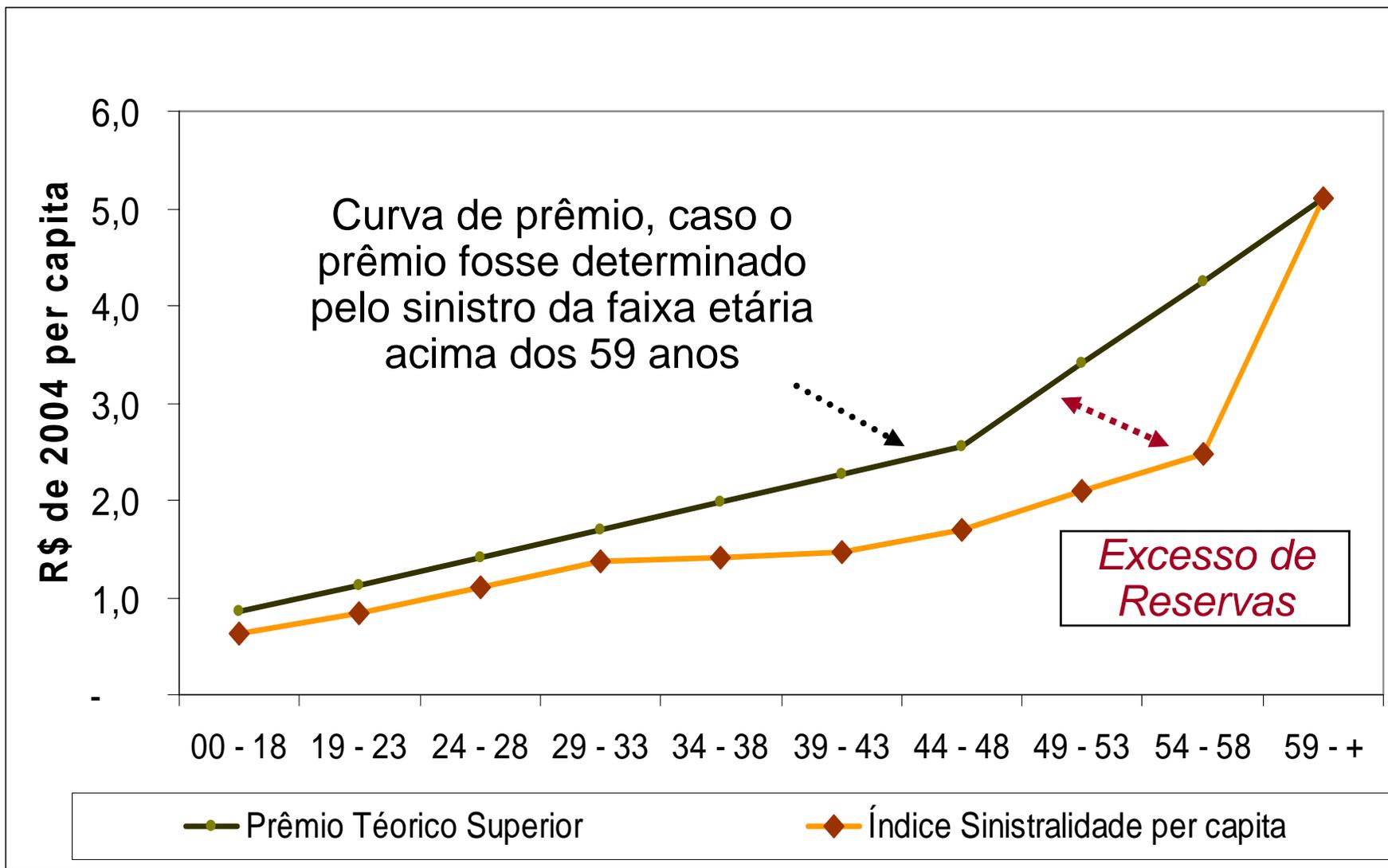
Análise Sinistro e Faixa Etária

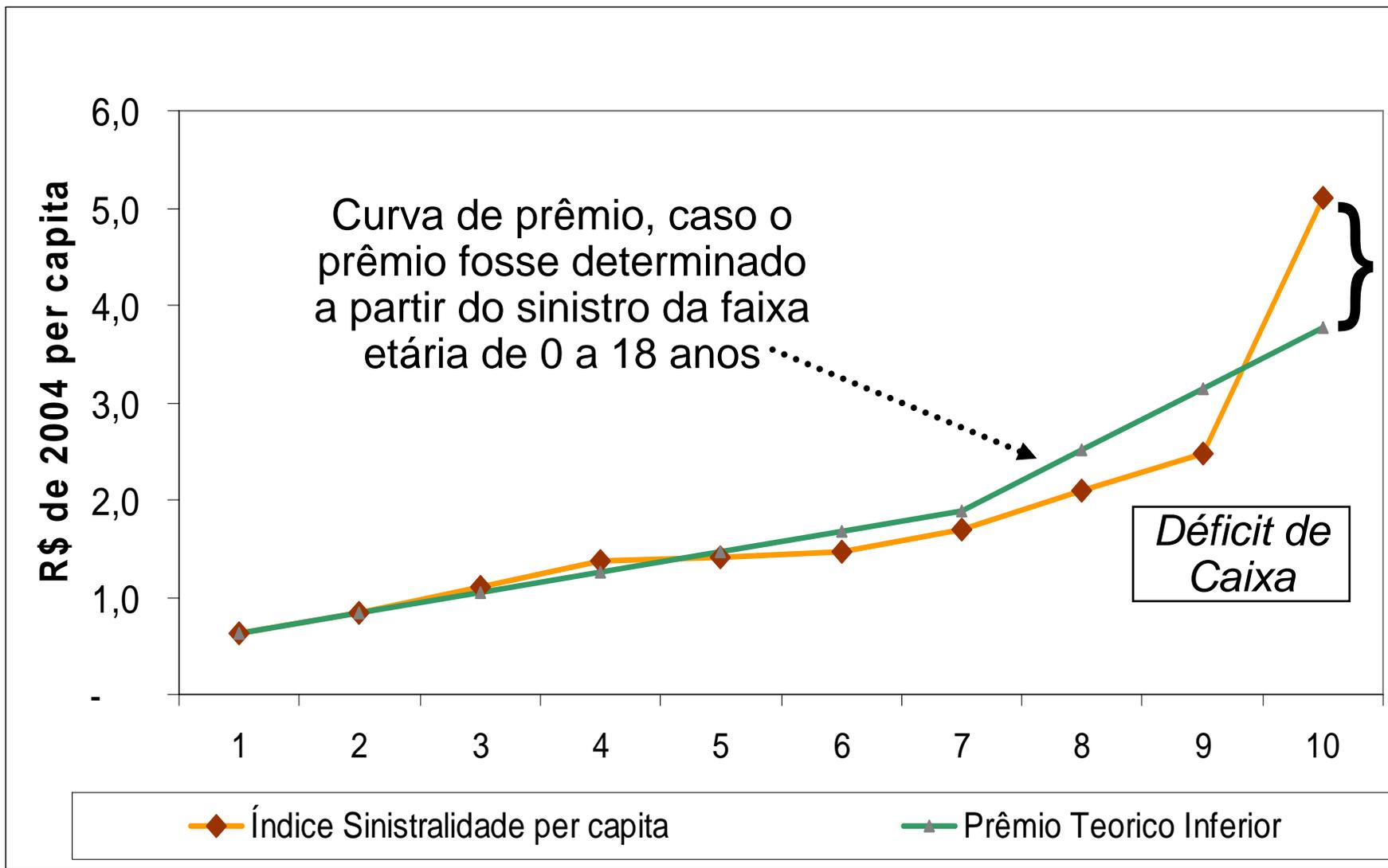
Amostra: 7,5 milhões de beneficiários



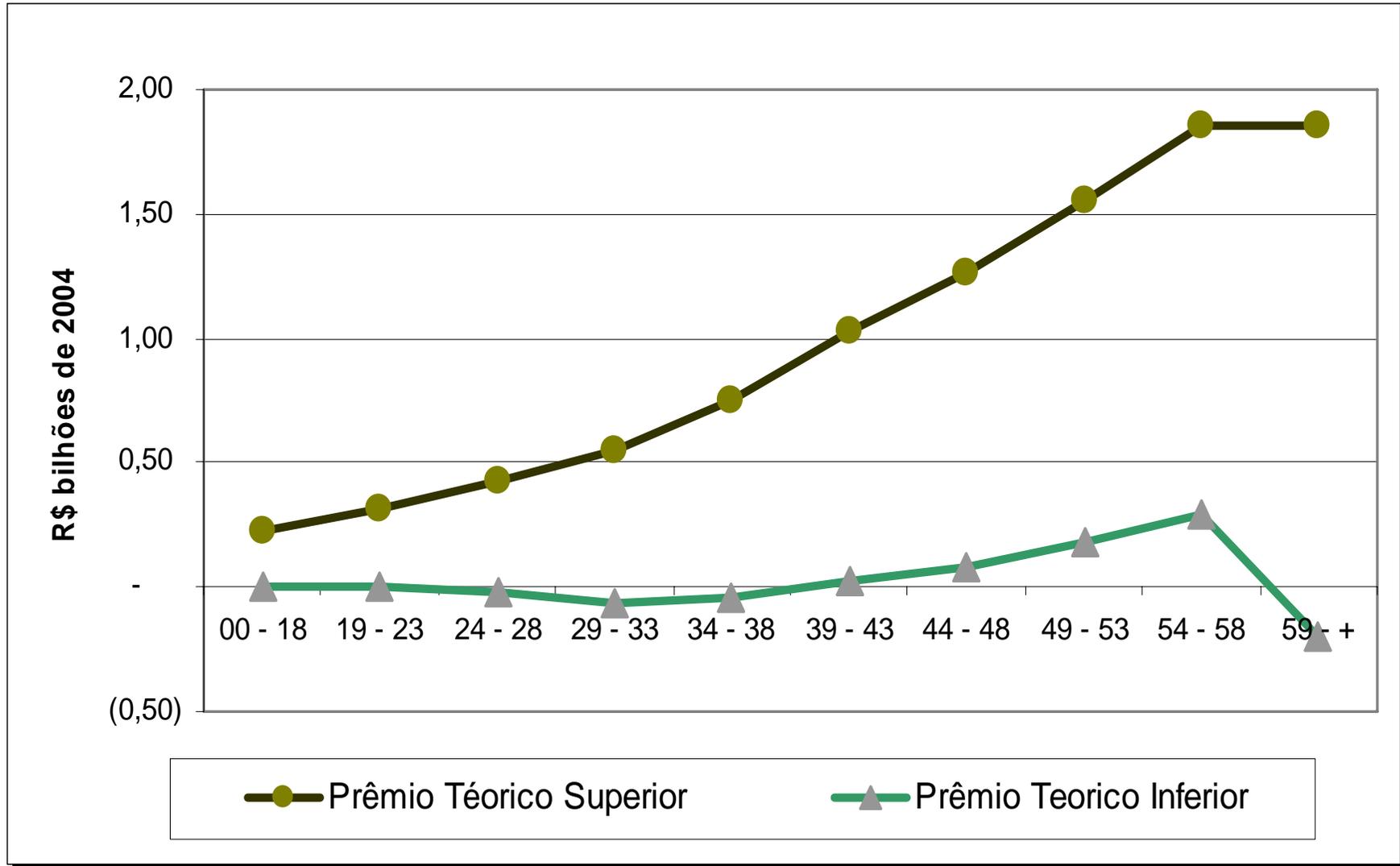
Análise de sinistros e beneficiários por faixa etária



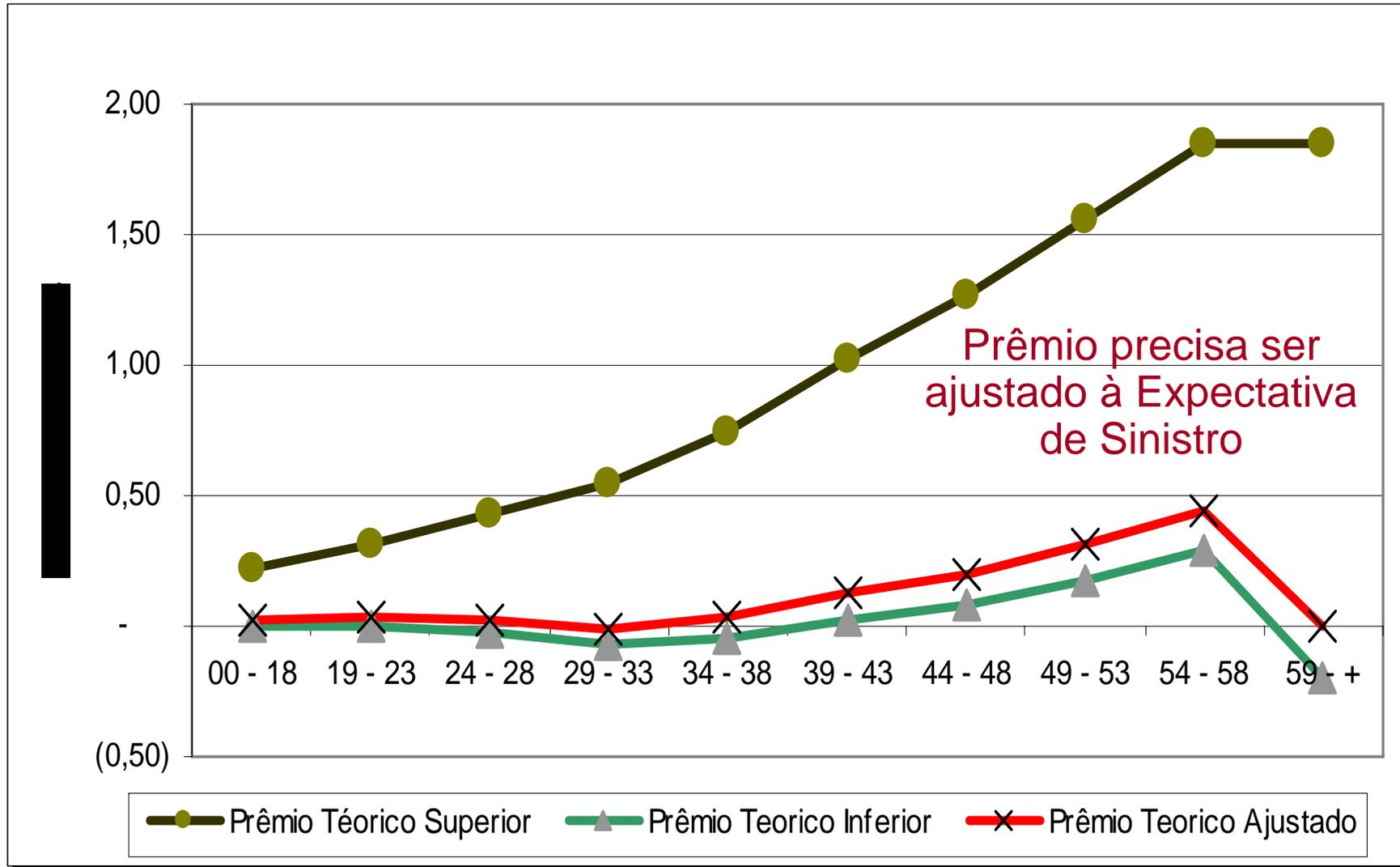




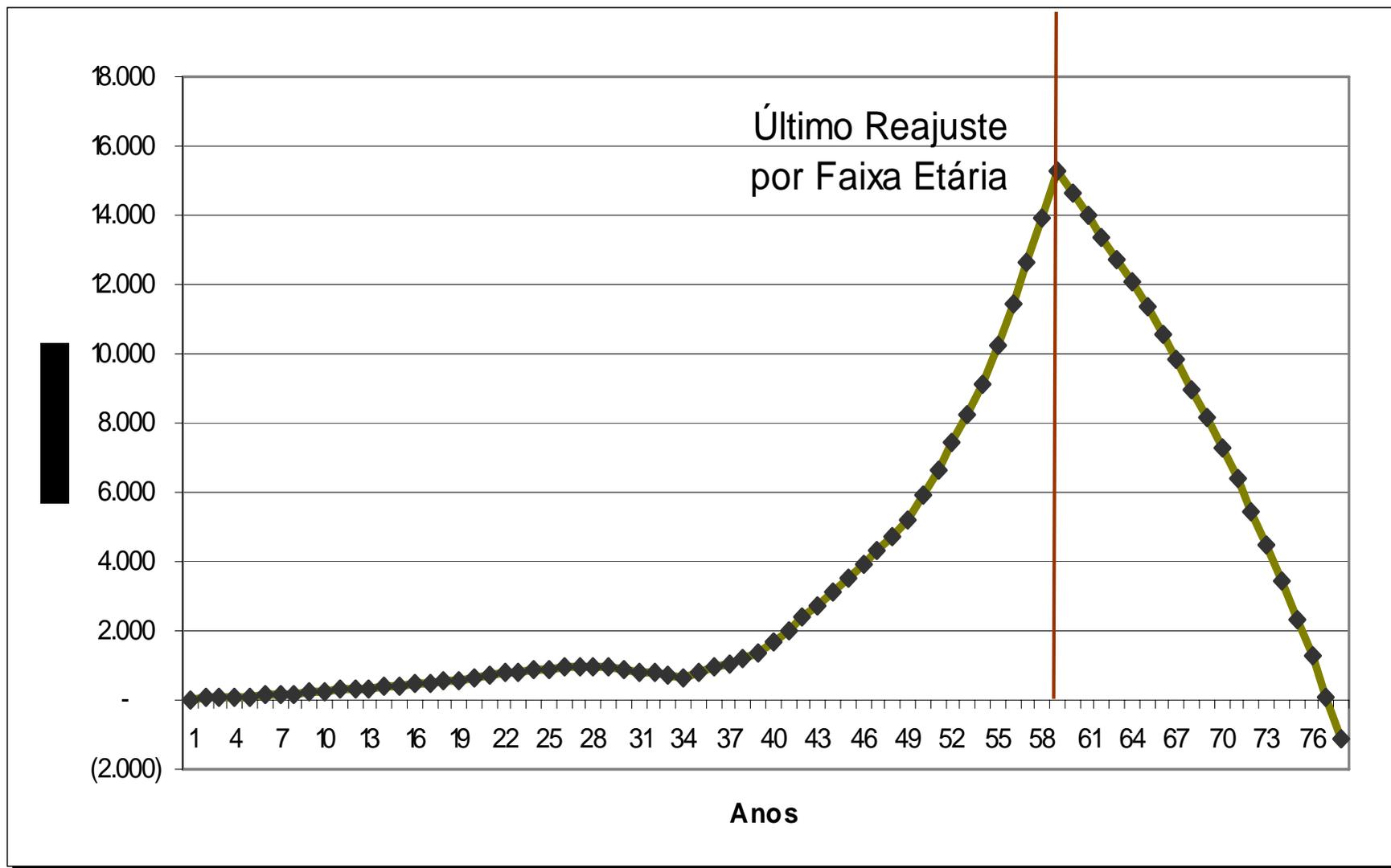
Resultado Acumulado das Diferenças Prêmio e Sinistro



Resultado Acumulado das Diferenças Prêmio e Sinistro



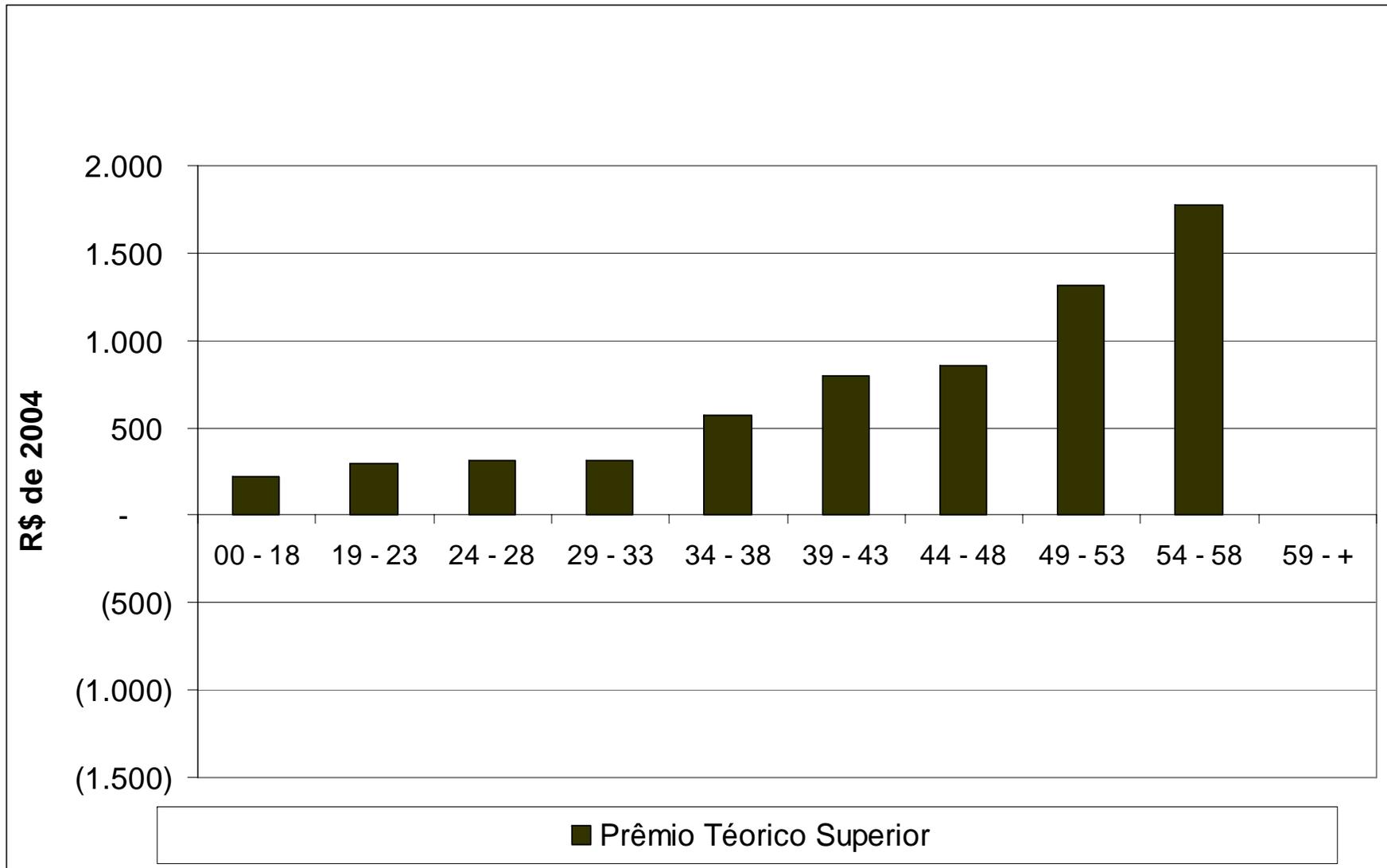
Capital acumulado do aporte da diferença entre prêmio e gasto médio (Início do Plano – 0 anos)



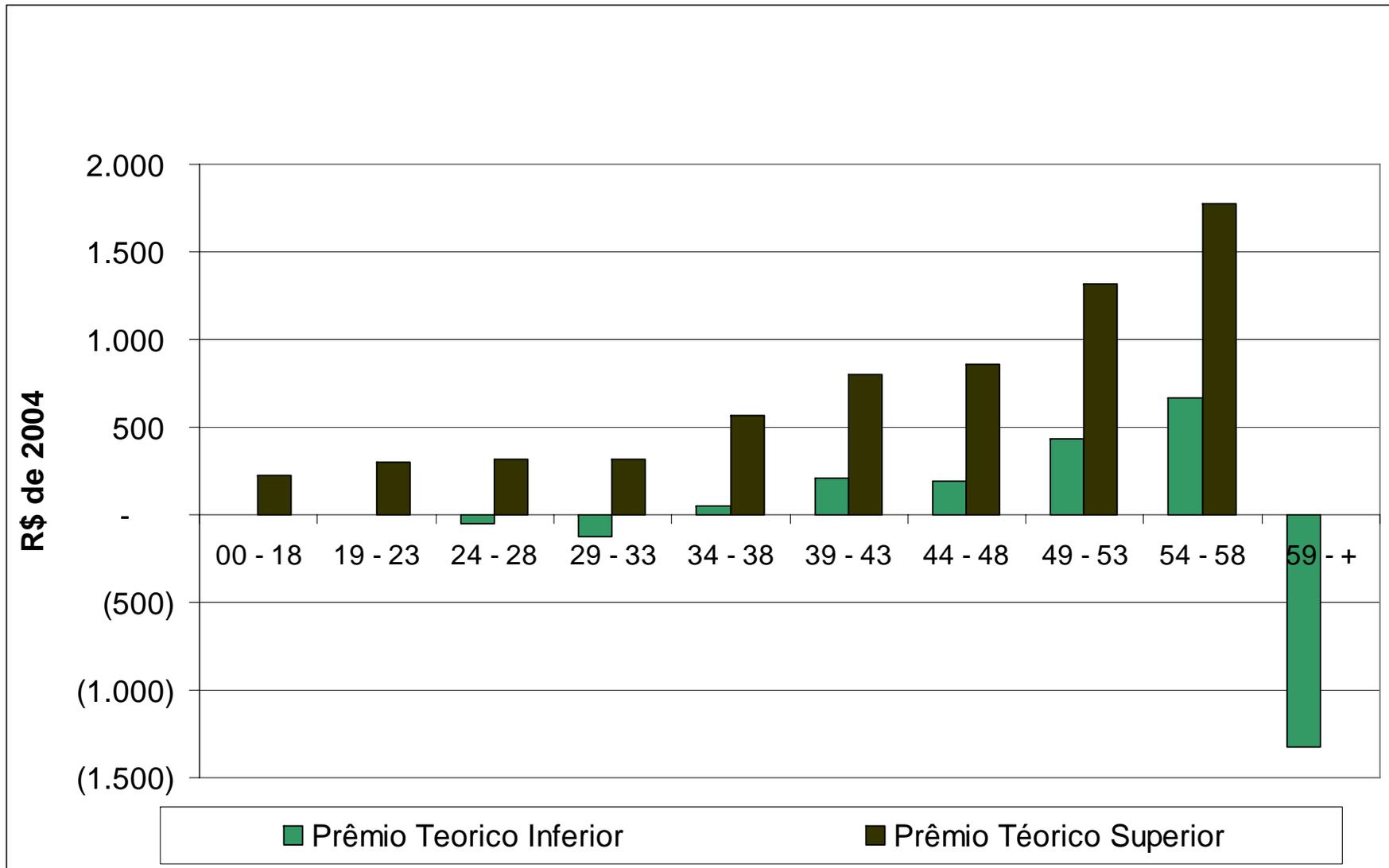
➤ José Cechin

- Rua Joaquim Floriano, 1052 cj 42
- CEP 04534-000
- São Paulo – SP
- Tel: 55 11 3706-9747
- jcechin@iess.org.br
- www.iess.org.br

Diferença entre Prêmios Teóricos e Custo per capita



Diferença entre Prêmios Teóricos e Custo per capita



Diferença entre Prêmios Teóricos e Custo per capita

