



# Desafios do preço justo no seguro saúde

PAULO PEREIRA FERREIRA

**D**adas as limitações legais, técnicas/tecnológicas e mercadológicas, são vários os desafios para encontrar o preço justo na precificação do seguro saúde no Brasil.

A seguir, será apresentado, o desafio que têm as empresas em geral para definir um preço justo de seus produtos. Depois, serão exibidas as limitações legais no seguro saúde e, posteriormente, as melhores práticas atuariais para a precificação. A partir da identificação das mesmas e dos riscos assumidos pelas operadoras desse seguro serão comentados os desafios para aplicação de tais melhores práticas frente às limitações legais, técnicas/tecnológicas e mercadológicas.

## O DESAFIO DO PREÇO JUSTO

Definir o preço justo é o maior desafio em qualquer atividade de negócio, pois envolve questões de concorrência, que não está sob controle das empresas ou de sua própria sobrevivência. Na área de seguros esse desafio é ainda maior, pois o custo efetivo do produto somente é conhecido a posteriori, em função de fatores aleatórios, como o sinistro e a rentabilidade financeira. Por conta disso, o preço do seguro reflete uma expectativa de custos futuros, com base em probabilidades e descontos financeiros, mais um carregamento de segurança (abordado no item 4).

Para fazer face à aleatoriedade dos custos, as operadoras precisam constituir um capital de risco, o que não acontece com outras atividades. Além do capital, as operadoras



**Cobrar um preço abaixo do custo ou acima do custo pode quebrar uma operadora, o que torna o desafio do preço justo ainda maior, pois somente um preço muito bem calibrado pode evitar o pior, que é a insolvência.**

precisam dispor de provisões técnicas para corresponder aos custos consecutivamente esperados. Estas cobrem somente a expectativa dos custos, enquanto o capital cobre aquilo que foge do padrão médio, como uma grande epidemia, por exemplo, gerando cifras muito acima do esperado.

Em atividades nas quais o custo é conhecido a priori, a concorrência por preço é um pouco menos acirrada. Quando não se conhece o custo inicialmente, mas probabilisticamente, a tentação de operar com um preço mais baixo para ganhar mercado é ainda maior, o que acontece frequentemente no mercado de seguros, com alguns aventureiros que trabalham com custos reduzidos na expectativa de recuperarem o prejuízo com um preço elevado no momento da renovação do seguro. Nessa hora a concorrência fala mais alto e o segurado muda de operadora, deixando a companhia com o prejuízo acumulado no contrato inicial.

Desta forma, trabalhar com o preço abaixo da expectativa de custos leva a operadora à insolvência, se não houver capital de risco suficiente para bancar essa operação. Por outro lado, se a operadora trabalhar com um preço muito alto, ela também pode quebrar, não somente por diminuir a sua carteira, não conseguindo arcar sequer com os custos fixos por conta disso, mas também por ficar mais sujeita a flutuações de risco em uma carteira muito pequena (Lei dos Grandes Números, abordada no item 4) e por causa de uma especificidade da atividade seguradora: a antisseleção.

A antisseleção se refere a um processo de mercado no qual informações assimétricas possuídas por compradores

ou vendedores geram resultados negativos para uma das partes. Possui efeito muito importante nos resultados das operações de seguros, sendo mais relevante nos seguros de vida e saúde, mas se aplica a qualquer tipo de seguro. No caso de saúde, a antisseleção produzida por segurados já doentes que preferem contratar o seguro em detrimento de segurados saudáveis traz grandes prejuízos para as operadoras. Além disso, o seguro saúde é o único em que o próprio segurado escolhe se vai ou não produzir um sinistro, ao procurar voluntariamente um médico ou um ambulatório de emergência. Se o preço de uma operadora é alto, somente quem possui alto risco aceita continuar pagando o prêmio do seguro. O segurado de risco baixo ou normal acaba procurando uma outra operadora com preço menor.

Cobrar um preço bem elevado até funciona em alguns negócios que passam uma imagem de muita qualidade, inovação e desejo, como o exemplo clássico da Apple, mas na atividade de seguros nem sempre gera resultados, em razão da flutuação do risco e da antisseleção.

Ou seja, cobrar um preço abaixo do custo ou acima do custo pode quebrar uma operadora, o que torna o desafio do preço justo ainda maior, pois somente um preço muito bem calibrado pode evitar o pior, que é a insolvência.

Alcançar esse preço bem calibrado depende sempre um pouco de aposta, pois um preço menor pode alavancar as vendas e, portanto, reduzir o peso dos custos fixos. Isso vale para qualquer tipo de negócio. Contudo, no mercado de seguros existe um componente adicional de redução de custos com um preço menor, que é a possibilidade de a operadora trabalhar com um carregamento de segurança também menor em função de uma flutuação de riscos mais suave, trazida por uma massa maior de segurados.

Na calibragem do preço, um outro componente importante é a margem de lucro, que deve ser alocada no preço do produto, pois a margem de lucro aceita pelos investidores como razoável depende dos riscos gerados pelo negócio. Quanto maiores os riscos (abordados no item 5), maior a necessidade de retorno. A atividade de seguros é aquela que apresenta os maiores riscos na economia, até porque o produto, na essência, é a transferência de risco. Isso faz com que as margens de lucro necessárias na atividade de seguros sejam muito maiores do que em outras atividades, pois estas são o eixo da economia capitalista. Sem margem de lucro razoável não há investidor, e sem investidor não há negócio. A área da saúde é a que mais necessita de investimentos neste país e, infelizmente, a margem de lucro do seguro saúde é demonizada, como se fosse um pecado mortal (abordado no item 6), o que gera desafios ainda maiores na fixação do preço justo.

## LIMITAÇÕES LEGAIS

A partir da edição da Lei 9.656/98, que entrou em vigor em 1999, a precificação dos planos de saúde passou a ter regras bastante rígidas definidas pela ANS, de acordo com o tipo de contratação.

Para os planos coletivos, incluindo os chamados planos coletivos por adesão, contratados a partir de uma associação ou sindicato, o custo inicial é definido livremente pela operadora, aplicando-se um reajuste anual, considerando-se a variação real de custos de cada grupo segurado, que é função da utilização do seguro e da variação dos custos médicos hospitalares, conhecida como VCMH. Entretanto, se o grupo segurado tiver menos de 30 vidas, o reajuste anual é apurado a partir da variação real de custos de todos os grupos segurados com menos de 30 vidas naquela operadora, aplicando-se o conceito de "Pool de Risco".

Para os planos individuais, a regra é extremamente rígida, sendo definidas 10 faixas etárias para precificação. A primeira vai de zero a 18 anos, e a última, de 59 anos ou mais. A variação de preços entre a primeira faixa e a última não pode ultrapassar seis vezes, e a variação de preços entre a sétima faixa e a décima não pode ultrapassar a variação entre a primeira e a sétima. Pela Lei 9.656/98, o seguro individual pode ser cancelado pelo segurado a qualquer momento, mas não pode ser dissolvido unilateralmente pela operadora, o que o torna um produto vitalício para a essa companhia. O reajuste anual de custos é definido pela ANS, contemplando somente a variação dos custos médico-hospitalares, utilizando como base a experiência de custos dos planos coletivos, que não necessariamente são iguais aos dos planos individuais.

## MELHORES PRÁTICAS ATUARIAIS DE PRECIFICAÇÃO

As bases técnicas das operações de seguros são regidas pelas ciências atuariais, que utiliza a teoria financeira e das probabilidades no estabelecimento de limites de segurança na gestão de riscos, da forma o mais precisa possível. Dentre os limites de segurança destaca-se a precificação do seguro.

Existem diversos métodos de precificação, aplicados em função das informações disponíveis e das circunstâncias às quais a precificação será aplicada.

O método mais simples e, também, o mais frágil, é o método subjetivo, quando não existem informações disponíveis, cabendo ao *underwriter* definir o preço do seguro em função da sua experiência em riscos similares.



O segundo método utilizado é o da sinistralidade, em que o preço de um seguro em vigor é revisto em função desta. Se a sinistralidade superar um nível aceitável, os preços são corrigidos para trazê-la ao nível aceitável.

O terceiro é o método das tábuas de mortalidade, utilizado nos seguros de vida e previdência. Nele, as probabilidades de morte são obtidas pelas tábuas de mortalidade desenvolvidas por órgãos de classe atuarial, ou mesmo por órgãos reguladores. As tábuas já possuem o chamado "carregamento de segurança", que será descrito a seguir.

O quarto método, e o mais completo, é o método do prêmio puro, o qual começa com a estimativa do chamado prêmio de risco ou prêmio estatístico. Este é suficiente para cobrir somente os sinistros esperados, passando por um processo de regularização estatística (conhecida como modelagem), e, depois, adicionando-se um carregamento de segurança. Por fim, completa-se com o carregamento para as despesas, conduzindo ao prêmio comercial.

O conceito básico de precificação pressupõe que o valor presente dos compromissos futuros da operadora deve ser igual ao valor presente dos compromissos futuros do segurado.



## O carregamento de segurança é um elemento fundamental no processo de precificação. Sem ele,

*as indenizações são estimadas simplesmente pela média dos sinistros passados, o que, em longo prazo, leva certamente à ruína da operadora.*

O compromisso futuro do segurado é o prêmio do seguro, e os compromissos da operadora são:

- indenizações, líquidas de franquias e coparticipações, incluindo um carregamento de segurança;
- despesas administrativas;
- despesas comerciais;
- impostos;
- margem de lucro, incluindo o custo de capital.

Para a estimativa das indenizações futuras são utilizadas experiências passadas de frequência e severidade dos sinistros. Para que a experiência passada possa refletir a expectativa futura, é preciso que seja atendida a chamada "Lei dos Grandes Números", considerada a essência do seguro. Pela Lei dos Grandes Números, a probabilidade real se aproxima da frequência observada quando o número de experimentos é suficientemente grande. Ou seja, o processo de precificação pressupõe um número considerável de sinistros, de modo que as estimativas tenham uma razoável credibilidade estatística.

O carregamento de segurança é um elemento fundamental no processo de precificação. Sem ele, as indenizações são estimadas simplesmente pela média dos sinistros passados, o que, em longo prazo, leva certamente à ruína da operadora. A base desse raciocínio é a conhecida Teoria da Ruína do Jogador: se um jogador (a operadora, neste caso) joga contra outro (os segurados) infinitamente mais rico (os segurados como um todo possuem potencialmente mais riqueza que a operadora) e com a mesma probabilidade

(trabalhando com a média das indenizações), certamente se arruinará ao longo do tempo. A Teoria da Ruína do Jogador é demonstrada matematicamente no livro de minha autoria, "Modelo de Precificação e Ruína para Seguros de Curto Prazo", editado pela Escola Nacional de Seguros. Quanto menor o número de segurados, maior o carregamento de segurança, pois maior a volatilidade da frequência de sinistros. Quanto mais voláteis os valores de sinistros, maior também o carregamento de segurança.

Para determinar o carregamento de segurança existem vários métodos, desde a adição de um percentual arbitrário ao prêmio de risco, alguns outros métodos que utilizam fórmulas atuariais predefinidas, até o método mais indicado, que é obter o carregamento de segurança através de projeções financeiras estocásticas. Projeções estocásticas pressupõem que algumas variáveis são aleatórias e o computador gera diversas simulações também ao acaso dessas variáveis, de acordo com a distribuição de probabilidades das mesmas. Com simulações diferentes, é possível a construção de distribuição de probabilidades para os resultados, de modo que o carregamento de segurança é aquele que garanta um resultado positivo dentro de um determinado nível de confiança, sendo muito comum o uso de um nível de segurança entre 90% e 95%.

O prêmio de risco deve ser obtido no maior nível de segmentação de risco possível. Se o prêmio não for diferenciado por idade, por exemplo, existe o risco da chamada antisseleção, já que representará a média de todas as idades, ficando, portanto, barato para as pessoas mais velhas e muito caro para as pessoas mais jovens, que acabam não aderindo ao seguro, fazendo com que a operadora permaneça somente com os piores riscos. Na escolha dessa segmentação de risco, o ideal é que sejam usados modelos preditivos a partir de técnicas de Big Data.

O carregamento de segurança não resolve o problema de pouca informação, pois se o prêmio de risco obtido em uma dada segmentação for igual a zero por não haver sinistro, qualquer carregamento de segurança conduzirá a um prêmio puro, também igual a zero. O processo de modelagem resolve essa lacuna, pois permite estimar o prêmio do seguro em segmentos de risco com pouca ou até nenhuma informação.

O custo de capital decorre do fato de a operadora ter que manter um capital para fazer face à sua solvência, sendo este capital remunerado no mercado financeiro a uma taxa de juros inferior àquela requerida pelos acionistas considerando os riscos assumidos na operação. Vale destacar que é muito difícil incorporar o custo de capital de forma precisa sem realizar projeções financeiras.

Para contemplar o parâmetro de ganho financeiro e de custo de capital, o cálculo do valor presente deve ser feito a partir de projeções financeiras de todas as receitas e despesas esperadas, incluindo os aportes e retiradas de capital, de modo que o prêmio calculado é aquele que zere o valor presente do fluxo menos a taxa de desconto de risco (*Risk Discount Rate*), a qual é igual à taxa livre de risco (Selic, aqui no Brasil) mais uma margem de risco que reflete os riscos envolvidos na operação.

### RISCOS DA OPERAÇÃO DE SEGUROS

Diversos são os riscos assumidos por uma operadora. Quanto maiores os riscos assumidos, maior o volume de capital necessário para com eles arcar. O nível de capital necessário envolve cálculos atuariais extremamente complexos, utilizando modelos estocásticos, e é determinado para garantir a solvência da operadora em um elevado nível de segurança, muito superior àquele 90% e 95% normalmente embutido no cálculo do prêmio. O que proporciona a solvência da operadora em níveis mais seguros é o capital. Para uma operadora obter um rating AAA de uma classificadora de risco, por exemplo, precisa ter um capital que garanta um nível de segurança de 99,995%. Com isso, uma operadora mais capitalizada possui um maior poder de concorrência.

Os riscos mais comuns e que são normalmente tratados pela legislação de necessidade de capital são os seguintes:

#### A) SUBSCRIÇÃO OU UNDERWRITING

O risco de subscrição é o mais importante na maioria das carteiras de seguros, sendo característico de atividades que assumem riscos de terceiros. Estão englobados no risco de subscrição:

- Risco da seleção de segurados
- Risco de precificação
- Risco do desenho do produto
- Risco dos sinistros (frequência e severidade)
- Risco no cenário econômico
- Risco de retenção (altos sinistros ou catástrofe)
- Risco de comportamento dos segurados
- Risco das provisões técnicas

#### B) MERCADO

Representa o risco de as aplicações financeiras não terem rentabilidade de acordo com a expectativa embutida na precificação. Estão englobados no risco de mercado:

- Risco da taxa de juros
- Risco de renda variável ou imóveis
- Risco de moeda
- Risco de reinvestimento dos ativos
- Risco de concentração de investimentos
- Risco de ALM
- Risco de mudanças de valores de ativos não refletidas no balanço

#### C) RISCO DE CRÉDITO

Representa os riscos relacionados à contraparte de uma operação (ressegurador, *swaps*, etc.) ou de um devedor não honrar total ou parcialmente seus compromissos financeiros e/ou de haver a desvalorização dos recebíveis em função da deterioração da classificação de risco. Os investimentos em títulos públicos normalmente são classificados como livres de risco de crédito pela legislação.

#### D) OPERACIONAL

Representa o risco de perdas por problemas ligados a processos internos, pessoas, sistemas ou eventos externos. O risco legal está incluído.

Além desses riscos que são tratados de forma mais direta pelos órgãos reguladores, existem ainda diversos outros, como por exemplo:

- Risco de estratégia
- Risco sistêmico
- Risco de reputação
- Desonestidade
- Risco político
- Risco tributário
- Liquidez dos acionistas



### DESAFIOS TÉCNICOS/TECNOLÓGICOS NO RAMO DE SAÚDE

Não existe ramo de seguro mais complexo para precificar do que o ramo de seguro saúde no Brasil, tendo em vista diversos aspectos.

O primeiro aspecto é a elevada antisseleção. Uma característica importante da precificação é que ela deve evitar a antisseleção. Para atenuá-la, diversos segmentos de risco devem ser criados. No Brasil, o mais praticado é por idade, região, tipo de rede assistencial, existência de fator moderador, franquia e tipo de plano. Há mais segmentos de risco que podem ser considerados, como sexo, ocupação e outros, que poderiam ser obtidos a partir de modelos preditivos, com técnicas de Big Data. Nisso aparece o primeiro desafio tecnológico: a maioria das operadoras ainda não possui bancos de dados estruturado para a utilização de Big Data, nem equipe técnica capacitada para tal.

Outro desafio, de ordem técnica, é a estimativa dos sinistros futuros, em um ramo em que a variação dos custos médico-hospitalares (VCMH) oscila muito e sobe muito mais do que a inflação oficial de preços, por causa da introdução de novas tecnologias e novos medicamentos, sempre demasiadamente caros em relação aos anteriores. Não bastasse o aumento de custos dos sinistros, o volume destes também cresce, em função da introdução anual de novos procedimentos, feita pela ANS, que precisam ser cobertos durante a vigência do contrato, o qual é precificado sem que sejam considerados esses novos procedimentos. A estimativa da volatilidade nos valores dos sinistros, importante para definir o carregamento de

segurança e o nível de capital, é outra dificuldade técnica, pois o seguro saúde é o único em que o valor máximo de indenização não é limitado. Manter um segurado em estado vegetativo em uma UTI por anos e anos pode até quebrar uma operadora.

Outra incerteza importante é quanto à longevidade dos segurados e o nível de cancelamento. A longevidade tem aumentado de forma contínua, sendo ainda imprevisível a que patamares vai chegar. Por outro lado, o nível de cancelamento também tem variado bastante, sendo mais forte em períodos de recessão, produzindo severo aumento de custos em função da antisseleção. Isso porque os segurados utilizam mais o seguro momentos antes da suspensão dos contratos. Os cancelamentos se dão mais entre os segurados saudáveis do que entre os doentes.

Por último, existe a incerteza judicial, que é a maior entre os diversos ramos de seguros. Não há nenhum outro ramo de seguro com tanta litigância quanto o seguro saúde. Não existe bem mais precioso do que a vida, e os juízes consideram que não há limite de gastos para protegê-la, mesmo que tais custos não estejam previstos contratualmente. Somando-se a isso o conceito de hipossuficiência do segurado abrem-se as portas para o pagamento de um volume enorme de sinistros não estimados no processo de precificação.

Em resumo, não existe nenhum outro ramo de seguro com tanta incerteza em relação aos valores dos sinistros futuros.

Tal incerteza, aplicada nos seguros individuais, que possuem cobertura vitalícia, torna a estimativa de prêmio atuarialmente impossível, ainda mais que os reajustes futuros de prêmios em função do VCMH são regidos pela ANS em percentuais definidos normalmente abaixo da inflação real de custos, sem nenhuma possibilidade de revisão técnica pela legislação. Tal revisão técnica, viável no passado, foi suspensa pela ANS. Ou seja, o seguro individual é *imprecificável* e, por consequência, é *insegurável*. Por conta disso, a maioria das operadoras não oferece esse produto, e aquelas que ainda possuem planos individuais em carteira apresentam elevados passivos, sendo que poucas constituem explicitamente provisões técnicas para fazer face a essas perdas futuras. Tal provisionamento deveria ser obrigatório, mas a ANS não encontra espaço político para exigir, pois várias operadoras teriam que ser liquidadas. Tudo é questão de tempo: ou são liquidadas agora, tentando logo resolver o problema por transferência desses segurados para outras operadoras, ou um dia, os segurados, ainda mais velhos do que hoje, ficarão sem assistência e sem opção de transferência, já que o passivo existe e não há lastro para isso.

Quanto aos planos coletivos, a cobertura é por prazo determinado, sendo comum o prazo anual. A fixação do prêmio inicial possui a mesma dificuldade técnica dos planos individuais, mas com o atenuante de que as incertezas persistem somente pelo prazo de um ano. Ao final desse tempo, os prêmios são reexaminados em função da experiência do grupo segurado. Os desafios maiores são na revisão anual dos prêmios. Por dificuldade operacional, não há espaço para reavaliar a tabela inicial de prêmios e aplicá-la na nova massa segurada. O que se faz é um reajuste pela experiência de sinistros do grupo segurado, o qual é dividido entre um reajuste técnico (método da sinistralidade) e um reajuste financeiro.

Normalmente, os contratos coletivos possuem uma meta de sinistralidade. Sinistralidade acima da meta permite à operadora rever o prêmio do seguro de modo a trazê-la para o limite contratual. Essa revisão é chamada de reajuste técnico. Alguns cuidados precisam ser tomados na aplicação do reajuste técnico. A primeira preocupação é calcular a sinistralidade recompondo todos os prêmios para a base atual, pois se já houve reajuste no meio do período analisado, a sinistralidade é indevidamente aumentada por conter prêmios mais baixos referentes ao início do período em questão. Tal fato ocorre na prática, pois normalmente se utiliza uma defasagem de tempo na análise da sinistralidade, até para contemplar a maioria dos sinistros ocorridos nesse recorte de tempo, já que existe uma discrepância entre a ocorrência e o aviso dos sinistros. Tal defasagem implica que seja feita uma estimativa desses sinistros ocorridos e ainda não avisados (conhecido como IBNR) até o período de apuração da sinistralidade. Outra preocupação é com os planos em que os prêmios são iguais para todas as idades. Nesse caso, deve-se observar se a massa segurada, no momento da renovação, não possui perfil etário diferente da massa inicial, pois pode haver um aumento insuficiente de prêmio se a massa estiver mais envelhecida ou o contrário.

Além do reajuste técnico, é necessária, também, a aplicação de um reajuste financeiro pela expectativa de variação do VCMH. Ou seja, não basta que a sinistralidade seja equalizada. Isso porque, se houver inflação médica, a sinistralidade esperada para o próximo período vai subir com o efeito da inflação. O ideal é que o reajuste financeiro seja incorporado em conjunto com o reajuste técnico, de modo que seja projetada uma sinistralidade futura com os sinistros planejados para o próximo período. Deve-se considerar a variação real do VCMH do mês em que os sinistros ocorreram até o mês de avaliação do reajuste, mais uma variação estimada do VCMH desde o mês de avaliação até o meio do novo período de cobertura. A estimativa até o meio do período parte da premissa de que

## ***O maior obstáculo na revisão de preço dos contratos coletivos é em relação à credibilidade estatística para grupos com poucos segurados.***

*A própria legislação vê isso como um desafio, ao estabelecer que grupos com menos de 30 segurados devem ser reunidos.*

o sinistro ocorre, geralmente, no meio do período. Aplicar essa metodologia é um desafio para as operadoras, pois operacionalmente é muito difícil, dado o número enorme de renovações que ocorrem diariamente, em que os sinistros deveriam ser tratados individualmente. Na prática, as operadoras aplicam um ano de variação de VCMH, apurada pela experiência do último ano da operadora. Ou seja, considera-se que a variação futura será igual à passada. Não é a melhor prática, mas diante de uma variável tão difícil de ser estimada, é o possível.

O maior obstáculo na revisão de preço dos contratos coletivos é em relação à credibilidade estatística para grupos com poucos segurados. A própria legislação vê isso como um desafio, ao estabelecer que grupos com menos de 30 segurados devem ser reunidos. Mesmo assim, o problema persiste, pois um grupo com 30 vidas pode ser analisado separadamente, o que obviamente não proporciona credibilidade estatística. Qualquer sinistro de maior valor, fruto de uma flutuação estatística, permite à operadora aplicar um reajuste muito acima do que seria aceitável. Por outro lado, grupos com riscos ruins podem ter uma boa experiência em um ano, também fruto de flutuação estatística, sem que a operadora possa rever esse prêmio para o ano seguinte.

Outra questão importante na precificação do seguro saúde, seja individual ou coletivo, está na alocação do custo de capital. É uma dificuldade técnica e tecnológica, pois exige



a elaboração de modelos extremamente sofisticados e de equipamentos poderosos de informática, que poucas operadoras possuem. Como sabemos, o custo de capital varia com os riscos envolvidos na operação, pois quanto maiores os riscos, maior o capital necessário e maior o nível de incerteza. A operação de seguro saúde possui riscos bem superiores aos de outros ramos de seguro, com destaque para o risco de subscrição em que a variação do VCMH, a antisseleção e a introdução de novos procedimentos trazem uma volatilidade enorme. O risco operacional é gigantesco, por conta das ações judiciais, conforme detalhado neste parecer. Por último, o ramo de seguro saúde é o que apresenta o maior risco político no mercado, seguido pelo DPVAT. O risco de os planos coletivos por adesão serem enquadrados como planos individuais é uma grave ameaça que ronda as operadoras há algum tempo, sendo que alguns juízes já deram ganho de causa aos segurados em determinados julgamentos. O risco de os segurados com mais de 59 anos não terem sequer o reajuste inflacionário é outro grande transtorno, que a qualquer momento pode assombrar o mercado de seguro saúde caso o Legislativo legitime essa benesse com os recursos das operadoras, utilizando indevidamente a tese do estatuto do idoso. Na área tributária também existe um risco colossal em função do desespero dos entes federados em arrecadar para cobrir os seus imensos déficits. A área de saúde é a que possui o maior risco tributário por causa das especificidades da operação.

Ocorre que toda essa incerteza, todas essas benesses e custos imputados indevidamente às operadoras acabam gerando uma necessidade maior de prêmio para os novos segurados, o que eleva a antisseleção, criando uma espiral de aumentos, já que o crescimento dos prêmios traz ainda mais antisseleção, pois somente indivíduos com altos riscos aceitam pagar um prêmio elevado.

## DESAFIOS MERCADOLÓGICOS

O mercado de seguro saúde possui hoje em torno de 750 operadoras, sendo a grande maioria de pequeno porte. Um número excessivo, se comparado com o mercado de seguros supervisionado pela Susep, que possui menos de 80 grupos seguradores para cobrir todos os ramos de seguros, exceto saúde. O número de planos em vigor registrados na ANS passa de 16 mil. Com isso, a concorrência no mercado de seguro saúde é enorme, e grande parte das operadoras não possui capacidade financeira para bancar a operação. Operação que, como descrito neste texto, possui enormes riscos, maiores do que em qualquer outro ramo de seguros, mas a ANS impõe regras de capital e de constituição de provisões técnicas bastante benevolentes, ainda mais se comparadas às regras da Susep. Desse modo, várias operadoras quebraram nos últimos anos.

A margem de lucro embutida nas Notas Técnicas de Produtos registradas na ANS está em torno de 15%, já embutido o carregamento de segurança. Essa margem de lucro até seria razoável se o prêmio de risco fosse corretamente calculado, mas na prática o prêmio de risco é insuficiente para arcar com o volume de sinistros da operação, de modo que a margem de lucro é bem menor e, na realidade, não remunera no nível de risco desejado pelos acionistas. Várias operadoras apresentam prejuízo nas suas negociações e outras têm lucro bem reduzido. Isso é consequência da enorme concorrência e de todos os riscos elencados aqui. Infelizmente a margem de lucro costuma ser demonizada, mesmo em um país dito capitalista como o nosso. Na área de seguro saúde ela é ainda mais execrada. A maioria dos agentes envolvidos no seguro saúde não aceita que a operadora tenha uma margem de lucro razoável em um produto ligado à saúde, pois esta é considerada uma necessidade básica.

A margem de lucro é malvista principalmente pelos poderes Judiciário e Legislativo, que nas suas decisões e declarações consideram que o seguro saúde é caro em função de lucros excessivos obtidos pelas operadoras. O que esses agentes não sabem é que o seguro saúde é realmente caro, primeiro por causa dos custos, normalmente elevados e que aumentam muito mais do que a inflação de preços. Ainda, isso se dá em função dos diversos riscos da atividade, uma boa parte trazida pelos próprios poderes Judiciário e Legislativo, ao imputarem custos não previstos contratualmente. Todos esses fatores aumentam o prêmio de risco e a margem de lucro necessária para remunerar o capital na proporção do risco assumido, intensificando ainda mais o preço do seguro e gerando a espiral de crescimento de preços descrita no item anterior.



Um grande desafio mercadológico é: o que fazer com centenas de operadoras muito pequenas, em que a flutuação de risco é muito grande por não atenderem ao princípio da Lei dos Grandes Números? Operadoras pequenas precisariam aplicar um carregamento de segurança ainda maior nos seus prêmios, mas na prática por não poderem competir na mesma base de prêmios com as operadoras maiores. Por estarem quebradas e fazendo caixa para arcar com os compromissos de curto prazo, acabam trabalhando com prêmios subestimados, contando com os recursos que entram durante o período de carência do contrato. Ou seja, estão se afundando cada vez mais. A ANS até tenta minimizar o problema, mas não há muito o que fazer, já que liquidá-las gera um ônus político muito grande. Com isso a solução vai sendo protelada.

Outro desafio mercadológico é o que fazer com o seguro individual, já que ele é *imprecificável*, conforme abordado no item anterior, sendo, portanto *insegurável*. Assim, o seguro individual é oferecido somente por poucas operadoras, sendo a maioria por necessidade de fazer caixa no curto prazo, por se encontrarem quebradas. Para torná-lo segurável novamente, só há uma solução: abrir as amarras da precificação e permitir que haja a possibilidade de revisão técnica e de reajustes pelo VCMH real de cada operadora. Sem isso, nenhum investidor vai querer participar de um negócio de tão alto risco, o maior de que se tem conhecimento no momento, sem igual no mundo inteiro.

## CONCLUSÃO

Os desafios na busca de um preço justo no seguro saúde são enormes, principalmente por restrições da própria legislação, a qual, ao procurar proteger demais o segurado, impõe regras que tornam o produto *imprecificável*, como no seguro individual, que precisa ser repensado para se tornar segurável novamente.

Não há seguro mais complexo em termos de precificação do que o seguro saúde, em função dos riscos envolvidos na operação e, principalmente, por ter custos que variam com uma flutuação muito grande, além de ter possibilidade de sinistros sem limite de valor definido no contrato, o que não acontece com nenhum outro ramo de seguro.

O nível de litigância e a falta de conhecimento dos aspectos técnicos desse seguro por parte dos poderes Legislativo e Judiciário intensificam o custo e os riscos desse negócio, gerando uma necessidade ainda maior de aumento nos prêmios, os quais são percebidos como elevados pelos segurados, mas que acabam por crescer mais e mais em função do processo de antisseleção, o qual afeta sobremaneira o seguro saúde.

**Os desafios na busca de um preço justo no seguro saúde são enormes, principalmente por restrições da própria legislação, a qual, ao procurar proteger demais o segurado, impõe regras que tornam o produto imprecificável, como no seguro individual.**

Todos esses custos e riscos associados tornaram insolventes muitas operadoras, que não são liquidadas por questões políticas, gerando grande preocupação para o mercado como um todo, principalmente sobre o que fazer com centenas de pequenas companhias que não possuem qualquer capacidade econômica para operar e que não conseguem atender minimamente nem o conceito básico do seguro que é a Lei dos Grandes Números.

O elevado nível de insolvência no mercado traz, por outro lado, uma concorrência predatória por parte de operadoras quebradas que sobrevivem somente para arcar com suas necessidades de caixa de curto prazo, gerando ainda mais pressão para que sejam feitos novos negócios deficitários, contando com o alívio de caixa no período de carência. Os serviços prestados, obviamente, são de baixa qualidade.

Fica claro que é preciso haver um movimento de consolidação nesse mercado, e o entendimento da necessidade de se trabalhar com um preço justo, provisões técnicas bem constituídas e nível de capital ajustado ao risco será o gatilho para que isso aconteça. Um mercado mais consolidado, com operadoras mais sólidas e com maior ganho de escala vai contribuir para uma redução de preço e uma maior qualidade no serviço prestado, que é o desejo maior de todos os agentes envolvidos no seguro saúde. ●

**PAULO PEREIRA FERREIRA**

*Maravilha Atuarial Consultoria Ltda.  
marvilhaatuarial@gmail.com*