

CASHBACK NA SAÚDE SUPLEMENTAR: UM ESTUDO DE CASO NA DEFINIÇÃO DO PREÇO MÉDIO DE MENSALIDADE

PEDRO GRICELIO DA CUNHA

Graduado em Ciências Contábeis pela Universidade Potiguar e Graduado em Ciências Atuariais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
pedrogriceliocunha@yahoo.com.br

JORDANA CRISTINA JESUS

Doutora em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora Adjunta do Curso de Ciências Atuariais na Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
jordanaacje@gmail.com

Resumo: A saúde suplementar no Brasil vem apresentando constantes aumentos dos preços, em decorrência do aumento na frequência de utilização, do crescimento do valor dos insumos, revisão do rol de procedimentos, de novas tecnologias em saúde e de envelhecimento da massa. Esses aumentos pressionam a sustentabilidade financeira do setor. Nesse cenário, novos produtos têm sido discutidos, visando a diminuição de custos e aumento de hábitos de prevenção entre os usuários. O objetivo é apresentar o desenvolvimento de uma precificação de plano de saúde individual/familiar com “cashback”. O sistema de recompensas *cashback* é utilizado como uma forma de incentivar os usuários a buscarem atendimentos preventivos em saúde. Para tanto, foram utilizados os painéis da ANS e a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. Os resultados demonstram que, considerando uma série de situações que dariam direito ao *cashback*, cerca de 25,16% dos usuários fariam jus ao recebimento. Essa despesa foi incluída na tabela de preços apresentada. Ressalta-se, entretanto, que essa estimativa foi gerada com premissas atuariais, dada a ausência de dados individuais. Recomendamos uso de dados das próprias operadoras, pesquisas sobre critério para o *cashback* e discussão de uma possível adaptação da legislação, já que tal produto ainda não está previsto.

Palavras-chave: *Cashback*; Saúde Suplementar; Mensalidade; ANS; PNS.

CASHBACK IN SUPPLEMENTARY HEALTH: A CASE STUDY ON DEFINING THE AVERAGE MONTHLY PRICE.

Abstract: Supplementary health in Brazil has been showing constant price increases, due to the increase in the frequency of use, the increase in the value of inputs, the revision of the list of procedures, new technologies in health and the aging of the mass. These increases put pressure on the financial sustainability of the sector. In this scenario, new products have been discussed, aiming at reducing costs and increasing prevention habits among users. The objective is to present the development of an individual / family health plan pricing with “cashback”. The cashback reward system is used as a way to encourage users to seek preventive healthcare. For this purpose, ANS panels and the 2013 National Health Survey were used. The results show that, considering a series of situations that would qualify for cashback, about 25.16% of users would be entitled to receive it. This expense was included in the price list presented. It should be noted, however, that this estimate was generated with actuarial assumptions, given the absence of individual data. We recommend the use of data from the operators themselves, research on criteria for cashback and discussion of a possible adaptation of the legislation, since such a product is not yet foreseen.

Keywords: Cashback. Supplemental Health. Monthly payment. ANS. PNS.

1. Introdução

Até o 2º trimestre de 2019, segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), o setor de saúde suplementar tinha movimentado 102,5 bilhões com receitas de contraprestações, recursos estes que geram emprego e que movimenta a economia do Brasil. O setor atende 22% da população brasileira (47 milhões comparados aos 210 milhões de brasileiros). Para Zirolto, Gimenes e Júnior (2013, p. 221):

“a saúde suplementar representa importante pilar de sustentação do próprio sistema nacional de saúde, tornando-se, hoje, complementarmente indispensável para o Estado, que não teria, de outra forma, como suportar a incorporação dos gastos desse setor no orçamento da União”.

Esse sistema, lida diretamente com a saúde de seus usuários. Ao pensar em saúde, é necessário refletir sobre hábitos saudáveis, como a prática de atividades físicas, de terapia ocupacional no desenvolvimento da autonomia e no desempenho ocupacional, na busca de alimentos saudáveis, de um comportamento preventivo e em trabalhar as emoções ao buscar o autoconhecimento e o crescimento pessoal. Todos esses fatores afetam tanto a qualidade de vida do usuário quanto a forma como ele utiliza o sistema de saúde suplementar.

Tendo em vista os atuais desafios de sustentabilidade do setor, bem como a importância de incentivar os hábitos de prevenção entre os usuários, esse estudo tem por objetivo apresentar o desenvolvimento de uma precificação de plano de saúde individual/familiar individual/familiar com coparticipação com “*cashback*”. Para tanto, desenvolve-se uma metodologia que estima o preço de mensalidade com um sistema de *cashback*.

O sistema de recompensa “*cashback*” é uma política de retorno de quantia ou percentual, a partir de um sistema de acúmulo de pontos baseado na forma com que o usuário utiliza o plano e como cuida da própria saúde, ao adotar hábitos saudáveis e buscar a prevenção de doenças. Nesse sistema, os pontos serão acumulados de acordo com o uso adequado dos planos de saúde e com essa pontuação o usuário poderá receber um reembolso de até 50% do valor da mensalidade. O intuito não reside apenas na redução de custos e sustentabilidade no mercado, mas também na mudança de hábitos de vida, que no longo prazo podem significar a redução dos custos e adiamento de algumas doenças.

Esse sistema utiliza uma série de critérios para a recompensa pelo “bom uso do plano”, que foram definidos a partir de um estudo de caso demandado por um cliente da Actuar, empresa júnior de Ciências Atuariais da UFRN. Esse sistema leva em consideração: a utilização do segmento clínico; a prevenção de doenças crônicas; as mudanças de estilo de vida; a saúde mental do usuário; os esforços para o rastreamento de doenças; o uso adequado

da rede credenciada de médicos generalistas; bem como o uso controlado de serviços de pronto-atendimento.

O grande desafio é a falta de informação para se calcular uma mensalidade com *cashback* sem dispor de microdados de utilização e custos, alimentados diariamente pelas operadoras de saúde. A proposta, portanto, é estimar a mensalidade com *cashback* com as informações obtidas através dos painéis da ANS e da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS) do IBGE, de modo a simular os custos e a utilização para fazer a precificação com a implantação do sistema de recompensa “*cashback*”.

2. Revisão da literatura

Quando falamos em saúde e doença, sabemos que existe um custo assistencial por associado. Para reduzir os custos desnecessários e melhorar a qualidade do atendimento deve existir uma política esclarecida e planejada de identificação das ineficiências e desperdícios (Revista da Associação Médica Brasileira, 2002). Segundo Zucchi, Nero e Malik (2000, p. 144-145) o aumento das despesas com a saúde podem ser sintetizados em quatro grandes causas:

A primeira [...] a inflação [...]; a segunda [...] em razão do aumento demográfico [...]; a terceira os fatores que atuam sobre a demanda [...] e na oferta [...]; e a última causa é o surgimento novas tecnologias.

O aumento dos custos com saúde no Brasil é influenciado por fatores como saneamento básico, fatores sociais, estilo de vida, aumento da expectativa de vida da população, novas tecnologias, além de questões gerenciais, financeiras e culturais do setor.

Um dos métodos para a redução de custos é a prevenção e o diagnóstico precoce. De acordo com Filho e Martinez (2002), para uma prevenção adequada é necessária uma boa estratificação do risco e real controle dos fatores predisponentes. Bueno e colegas (2016) apontam a inatividade física como fator importante no aumento dos gastos com saúde. Outro ponto é a estrutura do modelo de prestação de serviços de saúde, em que Oliveira (2017, p. 461) relata que as mudanças devem ser acompanhadas da alteração na forma como se remunera, por procedimentos ou serviços (*fee-for-service*) para outras alternativas que tragam o usuário como centro das ações de saúde (*patient-centered*).

Já Collucci (2017) menciona que o aumento está relacionado à mudança do perfil epidemiológico, ao envelhecimento da população e ao crescimento do número de ocorrência de doenças crônicas, que levam a aumentos da frequência de uso do plano e de complexidade nos procedimentos realizados.

O envelhecimento da população sugere um aumento dos gastos para a manutenção, prevenção e tratamento da saúde [...]. E que o Brasil evidentemente passará por um

“período de transição epidemiológica” apresentando dessa maneira [...] doenças típicas de países com populações mais velhas, como as crônicas e degenerativas. (ZUCCHI, NERO e MALIK, 2000, p. 135-136).

Segundo Lebrão (2009, p.24), diante da transição demográfica e epidemiológica, ocorrerão mudanças nos padrões de morbidade, em que as doenças passam de um processo que termina em cura ou morte para um crônico duradouro em que as pessoas sofrem por um bom tempo, e que quando não tratados podem gerar incapacidades. Já a longevidade trouxe um aumento das doenças crônicas, é que o objetivo não é mais a cura, e sim o tratamento (Paschoal 2000, p. 70). A maioria das doenças crônicas não tem cura, mas várias podem ser prevenidas ou controladas por meio da detecção precoce, adoção de dieta e hábitos saudáveis, prática de exercícios e acesso a tratamento adequado (Veras 2011, p.780).

De acordo Gomes et al (2016, p.25), alguns estudos internacionais indicam que os avanços tecnológicos respondem por mais de 50% do aumento das despesas assistenciais. Por outro lado, a redução dos custos pode se dar com análise de dados, que permite maior precisão nos diagnósticos, a identificação de grupos de riscos, o aumento de programas de prevenção e a melhoria no combate a fraudes e desperdícios (Lima et al 2017, p.20).

A ANS, pensando na prevenção da doença e na recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, adotou a Resolução Normativa (RN) 264/2011. E, ainda, a RN 265/2011, que concede bonificação aos beneficiários de planos privados pela participação em programas para promoção do envelhecimento e de premiação pela participação em programas para população-alvo em programas para gerenciamento de crônicos.

A bonificação consiste em vantagem pecuniária, através de desconto no pagamento da contraprestação e a premiação é representada pela oferta de prêmio, a adesão de ambos é facultativa. Sendo assim, o *cashback* apresentado neste estudo, assemelha-se a bonificação do programa, com certas limitações como o percentual que deverá ser o mesmo para todas as faixas etárias e beneficiários, quando se tratar de plano individual ou familiar e a participação e não poderá exigir ou tentar impor o alcance de determinada meta ou resultado em saúde para a obtenção da bonificação ou premiação.

3. Metodologia

A presente pesquisa utilizou o método de análise exploratória dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, que permitiu determinar a população e as variáveis de estudo para o *cashback*. Para o desenvolvimento desse estudo, não dispomos de dados individuais de utilização de serviços de saúde suplementar. Por esse motivo, foram utilizadas aproximações a partir de médias e proporções, que passaram a ser consideradas

nossas premissas atuariais, estatísticas, demográficas e de saúde. Assim, foi possível definir a mensalidade de um plano de saúde individual/familiar com coparticipação, com segmentação hospitalar com obstetrícia e ambulatorial.

3.1. Fontes de dados

Para a realização desse estudo, recorreu-se às informações da ANS: embasamento teórico e jurídico, o mapa assistencial e os painéis de precificação. O Mapa Assistencial tem como objeto a apresentação dos dados encaminhados pelas operadoras de planos privados através do Sistema de Informação de Produtos (SIP). Desse mapa, coletamos para o ano de 2018 o percentual de consultas no pronto atendimento e de consultas isentas de coparticipação (clínica médica, ginecologia, pediatria e geriatria). Já do Painel de Precificação, que tem o intuito de desenvolver estudos relacionados à precificação do setor de saúde suplementar no Brasil do ano de 2018, retiramos o percentual de carregamentos, os custos por exposto e a frequência de utilização.

Já na PNS, que é uma pesquisa de base domiciliar para conhecer as características de saúde da população brasileira, foi escolhida uma amostra sem ponderação, para analisar como os usuários de plano de realizam atendimentos, sobretudo os que estão diretamente relacionados ao *cashback*. A amostra é composta por pessoas residentes no Estado de São Paulo (SP) e que têm plano de saúde individual/familiar, excluindo os que têm apenas o plano odontológico, conforme tabela 1.

Tabela 1. Número de usuários com plano de saúde individual/familiar por faixa etária, Estado de São Paulo, 2013.

Faixa etária	Nº de usuários
0 a 18 anos	1590
19 a 23 anos	403
24 a 28 anos	477
29 a 33 anos	603
34 a 38 anos	588
39 a 43 anos	536
44 a 48 anos	498
49 a 53 anos	434
54 a 58 anos	433
59 anos ou mais	1086

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013.

3.2 O sistema de *cashback*

Para definir o sistema de recompensa “*cashback*” utilizaram-se os micros dados da PNS 2013. Foram eleitas algumas aproximações para obter o quanto os beneficiários receberiam de pontuação. O quadro 1 apresenta a pontuação do *cashback* definido pelos

contratantes desse estudo de caso. A partir desse filtro, foram definidas as variáveis coletadas na PNS 2013, para responder o percentual de usuários que, dado seu comportamento em saúde, receberia *cashback*.

Quadro 1. Percentuais de *cashback* sobre as mensalidades segundo classe e filtros de variáveis.

Classe	Descrição	%	Filtro das variáveis
Seguimento clínico	Presença em consultas e retornos agendados e adesão às recomendações médicas, medicamentosas ou não-medicamentosas	5%	Adere os tratamentos: Medicamento, tratamento, exercício físico, regularmente, consultas, especialista, dieta, fisioterapia, terapias, encaminhamento, acupuntura, psicoterapia, hemodiálise e diálise
Prevenção de doenças crônicas, Mudança de Estilo de Vida (MEV) e Saúde Mental	Adesão às recomendações de MEV com o objetivo de prevenir e/ou tratar doenças crônicas, buscando equilíbrio bio-psíquico-social. Acompanhamento e tratamento de transtornos mentais que afetam a vida pessoal, familiar ou profissional do indivíduo.	5%	Prevenção e tratamento de doenças crônicas: Medicamento, tratamento, atividade física, consultas, dieta, fisioterapia, terapias, acupuntura, psicoterapia, hemodiálise, diálise, preventivo, doenças crônica, mental, periódico e diagnóstico
Rastreio, rastreamento ou Screening	É a utilização de exames para detectar uma doença em pessoas assintomáticas. A premissa do rastreamento é que a doença seja identificada antes dos sintomas (fase pré-clínica ou subclínica), possibilitando começar o tratamento nas fases iniciais da doença com objetivo de aumentar as chances de cura: realização dos rastreamentos indicados para seu perfil etário e populacional, como Papanicolau, mamografia, colonoscopia, consulta dermatológica para detectar melanomas, ultrassonografia para detecção de câncer de tireóide e de aneurisma da aorta abdominal, PSA para detecção de câncer de próstata etc.	5%	Exames, preventivo e periódico
Uso adequado da rede credenciada de médicos generalistas	Priorizar as consultas com médico de família e/ou generalistas (clínico geral, pediatra ou geriatra) indicados pela operadora, ao invés de recorrer diretamente a especialistas, evitando iatrogênicas e polifarmácia.	15%	Médico da família ou generalista e Clínico geral
Uso controlado de serviços de Pronto-Atendimento	Utilização do serviço abaixo da última média de uso por beneficiário divulgada pela ANS	20%	UPA, Pronto Atendimento, Pronto-socorro e Pronto-atendimento

Fonte: Elaboração própria a partir da PNS e dos critérios do *cashback*.

Em uma operadora a pontuação do *cashback* será realizada por um algoritmo que relaciona tanto o prontuário eletrônico do paciente que será preenchido pelo médico generalista como a frequência de utilização dos procedimentos. Ganha o *cashback*, em relação

às condições de uso, os usuários que procuraram médico generalista, que fizeram atividade física, exame preventivo, tratamento, dieta, consulta preventiva, dentro outros.

Quadro 2. Condições utilizadas na definição da população com direito a *cashback* no Estado de São Paulo, 2013.

Classe	Descrição da verificação
Seguimento clínico	Fez Tratamento/terapia? Dieta? Psicoterapia? Consulta regular? Praticou exercício físico ou esporte? Foi ao especialista prescrito? <u>Ou</u> Tomou a medicação prescrita?
Prevenção de doenças crônicas, MEV e Saúde Mental	Fez Tratamento/terapia? Dieta? Psicoterapia? Exame preventivo? Exame periódico? Consulta preventiva ou regular? Consulta para problema saúde mental? <u>Ou</u> Tomou a medicação prescrita?
Rastreio, rastreamento ou Screening	Fez exame preventivo? Exame periódico? <u>Ou</u> Consulta preventiva?
Uso adequado da rede credenciada de médicos generalistas	É médico generalista, da família Ou clínico geral?
Uso controlado de serviços de Pronto-Atendimento	Foi ao pronto atendimento? Caso tenha ido, a frequência foi menor que a média?

Fonte: Elaboração própria a partir da PNS 2013, mapa assistencial 2018 e estudo da metodologia do *cashback*.

Com a base de dados da PNS, selecionou-se a população do Estado de SP, uma vez que a base não apresenta a desagregação a nível municipal, selecionaram-se também aqueles que declaram ter plano de saúde, excluindo os que têm apenas o plano odontológico. Essa seleção foi feita para que, a partir de um conjunto de variáveis de saúde elencadas de acordo com a quadro 1, fosse possível estimar a proporção da população de usuários que teriam direito a algum reembolso de *cashback*, para então estimar os possíveis custos médios a serem incorporados na mensalidade.

Ressalta-se, primeiro, que não há nenhuma informação prévia para os pontos que os beneficiários fariam frente a um sistema de recompensa. A própria aplicação de um sistema de recompensa levaria a possíveis alterações no comportamento dos usuários que poderiam ser captados a longo prazo. Cabe ressaltar ainda que os critérios definidos neste estudo de caso são amplos e que a base de dados não necessariamente reflete os critérios assim definidos. Isso porque, a partir desses critérios, foram feitas buscas e possíveis aproximações com base em uma pesquisa já aplicada. Portanto, os resultados refletem a realidade dos respondentes dessa pesquisa, que não estão sujeitos a um sistema de pontos, mas que foram usados como ponto de partida na ausência de outras informações.

Com o *cashback*, os usuários do plano podem seguir alguns cuidados para o melhor acompanhamento de sua saúde e, ainda, obter a cada aniversário de contrato, um valor estornado, podendo chegar a 50% da sua mensalidade.

3.3. Definição de variáveis do *cashback*

No quadro 3 estão representadas as variáveis selecionadas de acordo com os filtros informados o quadro 1, com essa informação foi possível estimar a proporção da população de usuários que iria ter direito ao *cashback* dos segmentos expostos. Nas classes de seguimento clínico e de prevenção e tratamento, há algumas variáveis comuns em ambos os critérios de *cashback*, conforme detalhado no quadro 3 e ordem 6. E no mesmo quadro são apresentadas as variáveis que foram agrupadas de acordo com as suas características.

Para o pronto atendimento, foram definidos os usuários que utilizam desta modalidade a partir das variáveis descritas no quadro 3 e ordem 5 e a partir dessa informação em conjunto com a frequência das consultas de pronto atendimento. Segundo os dados do painel da ANS, observa-se que 23% das consultas para os planos de saúde em medicina de grupo a nível Brasil foram em pronto-socorro.

Para encontrar qual seria a frequência de consultas que a população da amostra teria feito no pronto atendimento, estimou-se o valor de 23% da variável J012 “Quantas vezes _____ consultou o médico nos últimos 12 meses?”. Já para estimar a média de utilização das consultas, aplicou-se o percentual de 23% na frequência média de consultas, encontrada no painel de precificação 2018 da ANS. Com base na amostra estudada, obteve-se o *cashback* para os segurados que utilizaram o pronto atendimento até o valor da média de utilização desse seguimento.

Quadro 3. Variáveis utilizadas na definição do *cashback*, Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013.

Ordem	Classe	Código das variáveis
1	Seguimento clínico	P034; em conjunto Q022 e Q023; em conjunto Q050 e Q051; em conjunto Q106 e Q107; em conjunto R007 e R008.
2	Prevenção de doenças crônicas, Mudança de Estilo de Vida (MEV) e Saúde Mental	J015; Q136, R001, R013, R017; X002
3	Rastreio, rastreamento ou Screening	J015; Q136; R001; R013; R017; X002.
4	Uso adequado da rede credenciada de médicos generalistas	X016
5	Uso controlado de serviços de Pronto-Atendimento	J010; J012; J016; J020; O016; O034; O046; Q012; Q040; Q102; X003; X007
6	Seguimento clínico, na prevenção e no tratamento de doenças crônicas, mudança de estilo de vida e saúde mental	J053; em conjunto a Q004 e Q006; em conjunto Q016 e Q017; em conjunto Q032, Q03401 e Q03402; em conjunto Q044 e Q045; Q06203; em conjunto Q06501, Q06502 e Q06503; em conjunto Q07201, Q07202, Q07203, Q07204 e Q07205; em conjunto Q08102, Q08103 e Q08104; em conjunto Q08601, Q08603 e Q08604; em conjunto Q09001, Q09003 e Q09004; em conjunto Q094, Q09601 e Q09602; em conjunto Q112, Q11401, Q11402 e Q11403; em conjunto Q11801, Q11803 e Q11804; em conjunto Q12601, Q12602 e Q12603; Q12605; em conjunto Q134 e Q135.

Fonte: Elaboração própria a partir da PNS e dos critérios do *cashback*.

3.4. Cálculo da mensalidade

A mensalidade é composta basicamente pela soma de custos assistenciais e custos não assistenciais. Para estimar a mensalidade, foi observada a Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP) instituída pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 28/2000, que é um documento que justifica os preços dos planos de saúde. As despesas assistências são os custos das consultas médicas, exames, internações, outros atendimentos ambulatoriais, terapias e demais despesas.

A primeira limitação encontrada foi a ausência de informação de custos assistenciais detalhados por faixa etária e por Estado nas divulgações feitas pela ANS. Foram utilizados os dados terciários de custos assistenciais por faixa etária a nível Brasil em plano individual/familiar, já que não há diferenciação por Estado e Município nos dados publicados pela ANS. Esses dados foram obtidos no painel de precificação 2018 da ANS. Nesse painel, obteve-se o custo médio por itens de despesas na segmentação hospitalar c/ obstetrícia + ambulatorial. A tabela 2 apresenta o custo assistencial médio por exposto por faixa etária em plano individual/familiar, como se pode notar quanto maior a idade, maior é o custo.

Tabela 2. Média das despesas assistenciais totais em plano individual/familiar por faixa etária, Brasil, 2018.

Faixa etária	Custo por exposto
0 a 18 anos	R\$ 99,80
19 a 23 anos	R\$ 120,51
24 a 28 anos	R\$ 139,12
29 a 33 anos	R\$ 157,40
34 a 38 anos	R\$ 170,14
39 a 43 anos	R\$ 179,01
44 a 48 anos	R\$ 205,69
49 a 53 anos	R\$ 240,44
54 a 58 anos	R\$ 293,15
59 anos ou mais	R\$ 493,50

Fonte: Painel de precificação: Planos de Saúde 2018, ANS.

Com relação às coparticipações, a ANS definiu as regras através da RN 433/2018, que por sua vez foi revogada pela RN 434/2018. Apesar dessa revogação, foram utilizados tais critérios para construir a metodologia. Para as consultas com especialistas, foi considerado 40% das consultas como não isentas; nos exames e outros procedimentos, considerado 40% de todos os procedimentos como não isentos, pois não foi possível estimar a isenção; no pronto-atendimento, em 50% da mensalidade e na internação, em 100% da mensalidade, além da Limitação de 40% sobre o valor do procedimento ou evento em saúde.

Para os cálculos das coparticipações são necessárias as frequências anuais de utilização dos itens de despesa assistencial, sendo utilizadas as médias a nível do Brasil, obtidas por meio do painel de precificação 2018 da ANS. Na definição das frequências com consultas isentas (clínica médica, ginecologia, pediatria e geriatria), utilizou-se do percentual de 30%, divulgado pelo mapa assistencial 2018 da ANS, então foi aplicado esse percentual na frequência com consultas, excluindo as consultas de pronto atendimento também divulgadas pela ANS, cuja representação é 23% do total de consultas feitas pelos usuários para os planos de saúde em medicina de grupo.

As fórmulas para o valor da coparticipação em consultas com especialistas, pronto atendimento e internações estão expressas no quadro 4. Como os exames, as demais despesas e nos outros atendimentos devido não ter sido possível a identificação dos procedimentos isentos, então foi considerado os valores máximos de coparticipações. E nas terapias foram consideradas como isentas, não existindo a cobrança de coparticipação, devido às fontes de pesquisa não fazerem distinções quanto aos custos por procedimento.

Levando em consideração que os tratamentos para doenças crônicas como hemodiálise, radioterapia e quimioterapia intravenosa e oral, hemoterapia crônica e imunobiológicos para doenças definidas nas diretrizes de utilização (DUTs) já estão no escopo de isentas, e em virtude de os custos associados serem altos, elevando a média do custo por exposto para cima, utilizou-se esse princípio para garantir um equilíbrio mais próximo do custo praticado.

Quadro 4. Fórmulas para definição da coparticipação.

Fórmula	Onde:
$\mu_c = \frac{(f_{c-p-i} * C_c) * 40\%}{12}$	μ_c – Valor da coparticipação com consultas em especialistas; f_{c-p-i} – Frequência das consultas, menos as de pronto atendimento e isentas; C_c – Custo por exposto das consultas por faixa etária;
$\mu_p = \frac{(f_c * 23\% * M) * 50\%}{12}$	μ_p – Valor da coparticipação em consultas com pronto atendimento; f_c – Frequência das consultas; M – Valor comercial por faixa etária.
$\mu_{in} = \frac{f_{in} * M}{12}$	μ_{in} – Valor da coparticipação com internações; f_{in} – Frequência das internações; M – Valor comercial por faixa etária.
$\mu = \frac{f * C * 40\%}{12}$	μ – Valor da coparticipação por procedimento; f – Frequência por faixa etária e procedimento; C – Custo por exposto, faixa etária e procedimento.

Fonte: Elaboração própria a partir da RN 433/2018.

E para os carregamentos definiu-se: despesas administrativas como 12,76%, despesas comerciais de 4,7% e margem de lucro de 10,17%, conforme a média praticada pelas operadoras no Brasil, divulgada pelo painel de precificação 2018 da ANS. Já para a margem

de segurança estatística foi utilizado o percentual de 30%, por ser um percentual utilizado no mercado e por se tratar de um produto novo com risco desconhecido.

4. Resultados

Aqui apresentamos os resultados do *cashback*, que advém da combinação dos hábitos em saúde e uso do plano, retirados da PNS 2013 e das informações obtidas nos relatórios da ANS. A pontuação do *cashback* é dada para quem atende as condições definidas nesse estudo de caso.

Os valores de recompensa “*cashback*” foram obtidos por meio dos pontos elencados na metodologia, apresentando uma média ponderada no presente estudo de 25,16%. Ou seja, 25,16% dos usuários fariam jus ao recebimento da recompensa do *cashback*. Como o *cashback* se dá sobre o valor da mensalidade, esse percentual foi aplicado como uma espécie de carregamento para estimar o custo desse sistema.

Tabela 3. Percentual médio de *cashback* por faixa etária, no Estado de São Paulo, 2013.

Faixa etária	% <i>Cashback</i>
0 a 18 anos	20,55%
19 a 23 anos	24,85%
24 a 28 anos	25,82%
29 a 33 anos	26,07%
34 a 38 anos	26,68%
39 a 43 anos	27,09%
44 a 48 anos	27,03%
49 a 53 anos	26,82%
54 a 58 anos	26,33%
59 anos ou mais	27,48%

Fonte: Elaboração própria a partir da PNS 2013, painel de precificação 2018 da ANS, mapa assistencial 2018 e estudo da metodologia do *cashback*.

O percentual de usuários com direito ao *cashback* referente ao pronto atendimento foi de 96,71%, conforme a tabela 4. Ou seja, a ampla maioria dos usuários tem frequência de ida ao pronto socorro inferior à média informada pelo painel de precificação 2018 da ANS, o que ocasionou em um carregamento de 19,34%, que seria quase o percentual máximo. A mesma tabela também relaciona o percentual de *cashback* que será pago, o percentual de carregamento que será cobrado e o percentual de usuários que terá direito ao *cashback*, todos especificados por classe. Por exemplo, no uso de consultas com médicos generalistas apesar do percentual máximo de *cashback* ser de 15%, o carregamento será apenas de 1,63% devido à participação ser apenas de 10,89% da população. As demais classes apresentam um carregamento de menos de 2% e os percentuais de participação dos usuários de 23% a 35%.

Tabela 4. Percentual de carregamento com *cashback* e percentual de usuários com direito ao *cashback* por classe no Estado de São Paulo, 2013.

Classe	% do <i>cashback</i>	% de carregamento com <i>Cashback</i>	% Usuários com <i>cashback</i>
Seguimento clínico	5%	1,25%	25,08%
Prevenção de doenças crônicas, MEV e Saúde Mental	5%	1,75%	34,93%
Rastreio, rastreamento ou Screening	5%	1,19%	23,75%
Uso adequado da rede credenciada de médicos generalistas	15%	1,63%	10,89%
Uso controlado de serviços de Pronto-Atendimento	20%	19,34%	96,71%

Fonte: Elaboração própria a partir da PNS 2013 e estudo da metodologia do *cashback*.

A tabela 5 apresenta a mensalidade no plano individual/familiar com os limites inferior e superior para definição do preço comercial aplicando a metodologia proposta, já com os ajustes exigidos pela RDC 28/2000 e RN 63/2003 da ANS.

Tabela 5. Valor da mensalidade por faixa etária do plano individual/familiar, no Estado de São Paulo, 2013.

Faixa etária	Mensalidade variação até -30%	Mensalidade	Mensalidade variação até +30%
0 a 18 anos	R\$ 101,70	R\$ 137,58	R\$ 178,85
19 a 23 anos	R\$ 117,50	R\$ 167,85	R\$ 218,21
24 a 28 anos	R\$ 143,35	R\$ 204,78	R\$ 266,21
29 a 33 anos	R\$ 174,88	R\$ 249,83	R\$ 324,78
34 a 38 anos	R\$ 213,35	R\$ 304,79	R\$ 396,23
39 a 43 anos	R\$ 260,30	R\$ 371,85	R\$ 483,41
44 a 48 anos	R\$ 317,56	R\$ 453,65	R\$ 589,75
49 a 53 anos	R\$ 387,42	R\$ 553,46	R\$ 719,50
54 a 58 anos	R\$ 472,65	R\$ 675,22	R\$ 877,79
59 anos ou mais	R\$ 576,64	R\$ 823,77	R\$ 1.070,90

Fonte: Elaboração própria a partir da PNS 2013, painel de precificação 2018 da ANS, mapa assistencial 2018 e estudo da metodologia do *cashback*.

5. Considerações finais

Esse estudo apresentou o desenvolvimento de uma metodologia do sistema de recompensa “*cashback*” em planos de saúde individual/familiar a ser aplicado no Estado de SP. Esse trabalho é resultado de um estudo de caso feito pela Actuar Empresa Jr de Atuária da UFRN, atendendo a uma demanda de mercado. Essa demanda surgiu pelos desafios do setor de saúde suplementar já discutidos. Demonstramos aqui a possibilidade uma precificação acrescida de um sistema de recompensa “*cashback*”.

Mesmo com a aplicação do método de precificação apontado pela resolução de nota técnica da ANS, ressalta-se que os insumos para os cálculos são premissas atuariais e o estudo foi embasado em informações terciárias. Então, faz-se necessário a aplicação em outro estudo com um banco de dados de uma operadora, com custos assistenciais e frequências por usuário, para assim evidenciar a validade do modelo proposto.

A utilização de custos assistenciais no cálculo e dos itens reembolsáveis pelo *cashback* fará com que o risco seja reduzido, uma vez que, com os dados históricos poderá realizar projeções e fluxos de caixa. É importante verificar também os percentuais de carregamento condizentes com os da operadora.

Quanto à metodologia utilizada para o *cashback* é importante pensar em algumas melhorias e novos estudos. Por exemplo, na estipulação dos 5% no seguimento clínico o usuário ganhará cumprindo pelo menos um critério (presença em consultas, retornos agendados, adesão às recomendações médicas medicamentosas e adesão às recomendações médicas não medicamentosas) ou terá alguma conexão entre esses critérios?

Considerando que apenas um dos critérios seja necessário como requisito, então terá um resultado com valor elevado de *cashback*. Além disso, deve considerar outro fator: se um usuário vai para uma consulta e um retorno, terá o *cashback* nos dois? Caso outro beneficiário vá a três consultas e três retornos, terá diferença entre eles? Será definido limite mínimo e máximo? Portanto é imprescindível a criação de pesos por critério, ou que a pontuação seja ampliado a partir da análise desse novo estudo proposto.

Já com relação à prevenção e o tratamentos de doenças crônicas, por exemplo, câncer e hemodiálise tanto terão um custo elevado no tratamento, como também no reembolso do *cashback*. Então, faz-se necessário pensar em limitações de doenças, tratamentos ou até a mudança de percentual.

O pronto atendimento é outro ponto a ser pensado, pois com base na PNS, o reembolso de *cashback* será para 96,71% da população em estudo. E apenas 25,75% dos usuários vão ao pronto atendimento, ou seja, 74,25% das pessoas elevam o custo do reembolso, isso evidencia a necessidade de uma análise mais profunda, uma vez que a base de dados apresenta que esses 74,25% não usam o pronto atendimento. De tal modo foi evidenciado que para minimizar os reembolsos, será necessário maior rigidez nos critérios para pronto atendimento.

Por fim, como o *cashback* foi estimado com base nos critérios definidos neste estudo de caso e ainda não tem previsão na legislação. Entretanto, dado o dinamismo do mercado e os desafios crescentes, acreditamos que novos produtos podem ser analisados, debatidos, criticados e sua viabilidade confirmada. Esse foi um primeiro passo de uma agenda de estudo que considerará ainda mais questões, como ética, legislação e sistemas já utilizados em outras partes do mundo.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Dados Tabnet**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 23 de novembro de 2019.

_____. **Mapa Assistencial 2018**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Mapa_Assistencial_2018.pdf>. Acesso em: 23 de novembro de 2019.

_____. **Painel de Precificação 2018**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/Painel_Precifica%C3%A7%C3%A3o_2018.pdf>. Acesso em: 23 de novembro de 2019.

_____. **Resolução de Diretoria Colegiada nº 28/2000**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzg3>>. Acesso em: 13 de novembro de 2019.

_____. **Resolução Normativa nº 63/2003**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NzQ4>>. Acesso em: 13 de novembro de 2019.

_____. **Resolução Normativa nº 264/2011**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTc5NQ==>>. Acesso em: 17 de março de 2020.

_____. **Resolução Normativa nº 265/2011**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTc5Ng==>>. Acesso em: 17 de março de 2020.

_____. **Resolução Normativa nº 433/2018**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzU5NA==>>. Acesso em: 13 de novembro de 2019.

_____. **Resolução Normativa nº 434/2018**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzYxMg==>>. Acesso em: 13 de novembro de 2019.

BUENO, Denise Rodrigues et al. Os custos da inatividade física no mundo: estudo de revisão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1001-1010, abr. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015214.09082015>>. Acesso em: 17 de março de 2020.

Contenção de custos e qualidade do atendimento. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 1, mar. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302002000100001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 de outubro de 2019.

COLLUCCI, Cláudia. **'Culpa' por custo crescente na saúde opõe planos, hospitais e indústria**. Disponível em: <<https://www.abramge.com.br/portal/index.php/pt-BR/noticias-do->

setor/865-culpa-por-custo-crescente-na-saude-opoe-planos-hospitais-e-industria>. Acesso em: 20 de outubro de 2019.

FILHO, Raul D. Santo; MARTINEZ, Tânia L. da Rocha. Fatores de Risco para Doença Cardiovascular: Velhos e Novos Fatores de Risco, Velhos Problemas !. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v.46, n.3, p.212-214, jun. 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0004-27302002000300002>>. Acesso em: 17 de março de 2020.

GOMES, Beto et al. Por que os custos da saúde SOBEM TANTO?. **Visão Saúde**, São Paulo, v.1, jul./ago./set. 2016. Disponível em: <<http://visaosaude.com.br/>>. Acesso em: 11 de novembro de 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em: 25 de outubro de 2019.

LEBRÃO, Maria Lúcia. Epidemiologia do envelhecimento. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v.47, p.23-27, abr. 2009. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200006&lng=pt&nrm=iss>. Acesso em: 20 de outubro de 2019.

LIMA, Eduardo et al. Big Data na Saúde. **Visão Saúde**, São Paulo, n.5, jul./ago./set. 2017. Disponível em: <<http://visaosaude.com.br/>>. Acesso em: 11 de novembro de 2019.

OLIVEIRA, Martha Regina de. We must overcome the fear of Change. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.461-462, ago. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170099>>. Acesso em: 17 de março de 2020.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. **Qualidade de vida do idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. 2010. 263p. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, p. 70-97, 2010.

VERAS, Renato P.. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.779-786, dez. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000400017>>. Acesso em: 17 de março de 2020.

ZIROLDO, Rodrigo Romera; GIMENES, Rafaela Okano; JÚNIOR, Clóvis Castelo. A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. **Revista Mundo da Saúde**, São Paulo, vol. 37, n.2, p.216-221, 2013. Disponível em: <<https://www.revistamundodasaude.com.br/index.php/principal/edicoes2>>. Acesso em: 24 de novembro de 2019.

ZUCCHI, Paola; NERO, Carlos Del; MALIK, Ana María. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.9, n.1-2, p.127-150, dez. 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902000000100010>>. Acesso em: 21 de novembro de 2019.