



# TUDO SOBRE O VCMH

grupo  
**case**  
benefícios e seguros

**20**  
*anos*

# O QUE É?

O índice VCMH expressa a variação anual do custo médico hospitalar per capita (*p.p.*) das operadoras de plano de saúde, entre dois períodos consecutivos de 12 meses. De maneira prática, envolve o preço dos serviços de saúde, inclusão de novas coberturas no Rol de Procedimentos da ANS, o aumento dos preços dos medicamentos e os investimentos no setor.



# POR QUE A ANS REGULA SOMENTE OS PLANOS INDIVIDUAIS?

O índice de reajuste, divulgado pela ANS, não é um índice de preços. Ele é composto pela variação da frequência de utilização de serviços, novas tecnologias e custos de saúde. Neste ano, a ANS fixou em até 13,7% o índice de reajuste a ser aplicado aos planos de saúde individuais.



A ANS regula o teto dos planos individuais, mas não determina limite para os planos empresariais, por entender que pessoas jurídicas possuem maior poder de negociação junto às operadoras.

*Obs.: Cada operadora/seguradora possui seu próprio VCMH.*

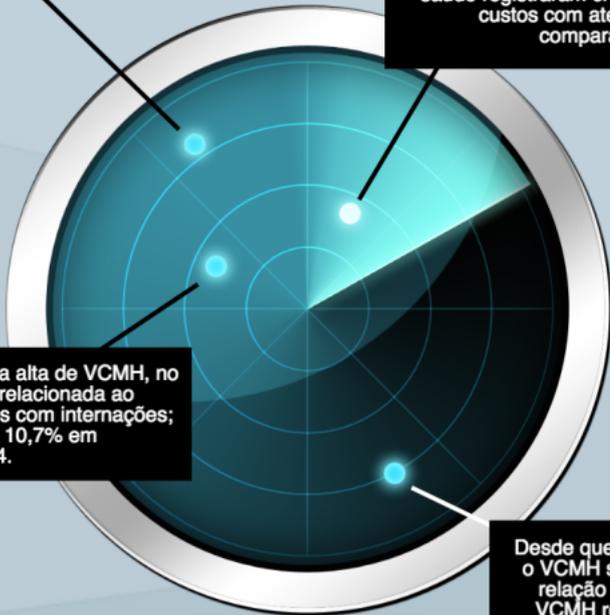
# RADAR DA SAÚDE SUPLEMENTAR

O Brasil é o único país em que os custos de saúde não caem com a retração da atividade econômica.

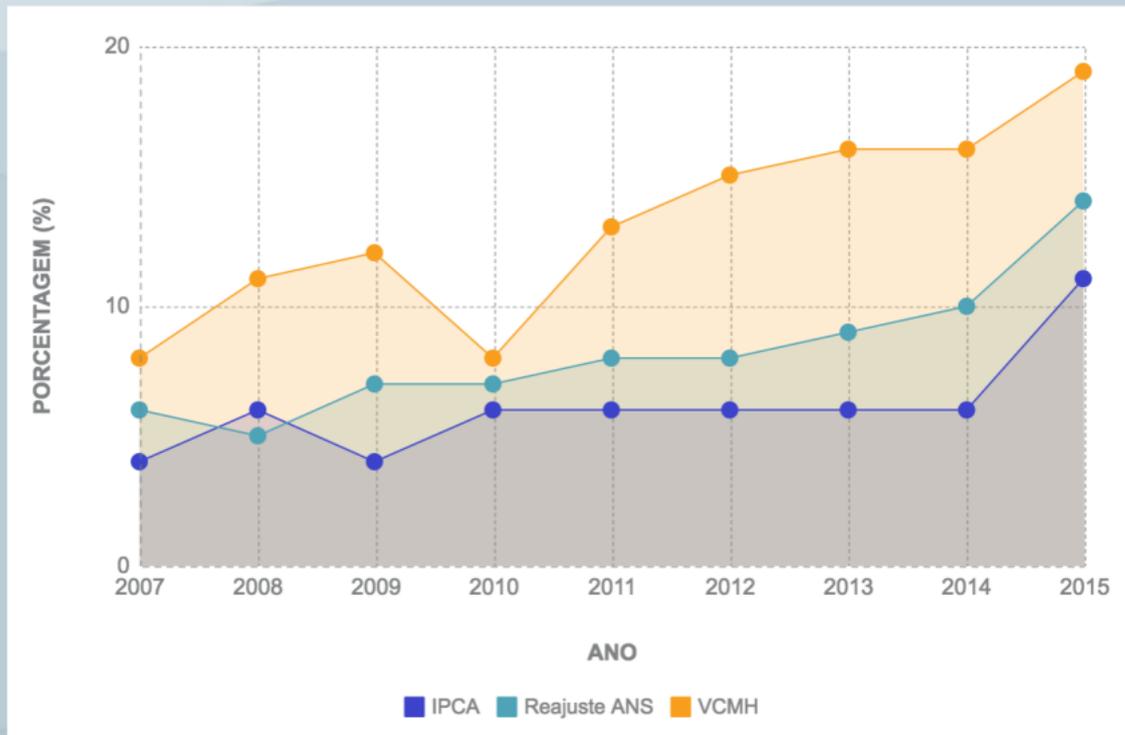
Segundo o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), que mediu o índice de Variação de Custos Médicos – Hospitalares (VCMH), no ano de 2015, as operadoras de saúde registraram crescimento de 19,3% nos custos com atendimentos médicos, em comparação com o ano anterior.

A principal causa da alta de VCMH, no ano passado, está relacionada ao aumento dos gastos com internações; um crescimento de 10,7% em comparação a 2014.

Desde que começou a ser medido, o VCMH sempre registrou alta em relação ao IPCA. Só em 2015, o VCMH registrou 8,7% a mais, se comparado ao IPCA do mesmo período.



# EVOLUÇÃO DAS VARIÁVEIS DE SAÚDE X IPCA



A partir de 2011, o Brasil observou o agravamento da crise econômica mundial, com impacto em diversos setores, assim como nos custos médico-hospitalares, observando-se uma tendência de aceleração do crescimento do VMCH desde então.

Como apresentado no gráfico, a variação desses custos apresentou tendência de crescimento acentuado no período de 2015, mantendo-se superior à variação da inflação geral (IPCA). No período de dez/14 à dez/15, o índice do VCMH médio passou de 15,3 para 19,3%, respectivamente, o que corresponde a um aumento de 4,0% *p.p.*

# COMO FUNCIONA UM PLANO EMPRESARIAL

**1**

**A empresa paga uma fatura mensal.**



**2**

**Os funcionários usam o plano fazendo consultas, exames, cirurgias e demais procedimentos.**



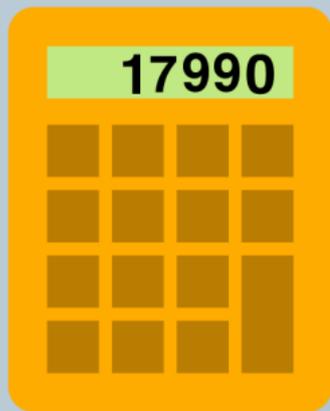
**3**

**E para que essa equação seja sustentável, é preciso haver equilíbrio.**



# COMO SE DÁ O REAJUSTE DOS PLANOS EMPRESARIAIS?

O reajuste de planos de saúde coletivos é calculado com base na livre negociação entre as operadoras e as empresas.





**Índice de Sinistralidade  
(IS) ideal  $\leq$  a 70% (\*)  
(custos / receitas)**

*(\*) Break-even médio dos contratos.*

# E O QUE ACONTECE QUANDO O IS ULTRAPASSA OS 70%?



70



**Além do Reajuste por VCMH (\*\*), a empresa sofre  
Reajuste por SINISTRALIDADE.**

*(\*\*) Índice médio, que corrige reajuste por sinistralidade para equilíbrio técnico do contrato.*

UMA NOVA ABORDAGEM SOBRE O TEMA

# GRUPO CASE DEFENDE MUDANÇAS NA GESTÃO DOS PLANOS DE SAÚDE EMPRESARIAIS

Um dos maiores gestores de planos de saúde empresariais do mercado brasileiro, o Grupo Case faz um importante alerta: se o modelo de administração deste benefício não passar por adaptações, os custos com planos de saúde triplicarão e essa conta, que hoje já não fecha, se tornará inviável. Com base em dados recentes divulgados pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) – que prevê uma curva ascendente nos próximos 15 anos, que partirá de R\$ 106 bilhões para R\$ 283 bilhões – o Grupo Case defende uma mudança no foco de utilização dos planos, que é atualmente é muito mais voltado para a busca e tratamento de doenças do que para a prevenção.

“A relação custo-efetividade deve ser considerada um indicador representativo e o foco da atuação, que hoje se baseia na busca de doenças, tem que se deslocar para a conscientização do uso do benefício, prevenção e promoção de saúde dentro das empresas”, explica Rafael Motta, CEO do Grupo Case.

No Brasil, aproximadamente 60% dos beneficiários de planos de saúde pertence à modalidade de contratação “coletivo empresarial”. No entanto, não há mecanismos por parte da Agência Nacional de Saúde (ANS) que definam um teto para reajustes anuais. Na prática, na saúde suplementar do mundo corporativo, o “céu é o limite” quando se trata de reavaliar contratos com operadoras

O cálculo atual leva em consideração o índice de Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH) – que está sempre acima da inflação convencional – acrescido do percentual da sinistralidade (uma equação entre os custos médicos utilizados pelo grupo em questão e quanto foi pago, na forma de prêmio, para a operadora) aferida no período de vigência. Caso as empresas encarem a gestão de saúde de forma simples, a conta não fechará antes mesmo de 2030.

“O mercado de saúde suplementar vem acompanhando uma inversão na sua lógica de mutualismo, em que muitos pagam e poucos usam”, detalha Rafael. “A pirâmide etária dos beneficiários inverteu-se na medida em que número de usuários com idade superior a 60 anos tornou-se superior às faixas etárias mais jovens”. Entre 1950 e 2010, o percentual dessa população passou de 2,4% para 7,4%.

Como especialista em gerenciamento de risco, o Grupo Case acredita que é preciso ter um olhar diferenciado acerca da predição de doenças e perfil da população, utilizando mecanismos que em curto prazo podem gerar resultados eficientes para os contratos coletivos. Um estudo da Consultoria Strategy revela que atualmente no Brasil cerca de 30% dos procedimentos realizados em hospitais não são realmente necessários e que pessoas, cujo estilo de vida contempla fatores de risco, gastam, em média, 16% a mais com a saúde do que o resto da população.



O Grupo Case é composto pelas empresas Brasilidade Corretora de Seguros, Case Administradora de Benefícios e Dinâmica Corretora de Benefícios. É uma consultoria e corretora especializada em soluções customizadas e modulares para a gestão de benefícios e seguros. Como corretora boutique, nos diferenciamos na forma de atender as necessidades de cada empresa de maneira exclusiva, trazendo em nosso DNA carinho, dedicação e excelência no atendimento, tendo como compromisso a satisfação de nossos clientes.

Desde 1996 no mercado, o Grupo atua em todo território nacional e nos EUA e está entre os maiores players do mercado nacional. Com uma equipe multidisciplinar, o compromisso da Case é com a vida e o patrimônio de seus clientes. Por isso, seus mais de 115 colaboradores estão preparados para dar apoio às demandas emergenciais de cada um deles. No Grupo Case, o cliente tem nome e sobrenome.

## **A NOSSA FÓRMULA SECRETA?**

**INTELIGÊNCIA + CUSTOMIZAÇÃO + CONFIANÇA = RELACIONAMENTO DE LONGO PRAZO**

# CRÉDITOS

## **Rafael Sampaio da Motta**

*CEO Grupo Case Benefícios e Seguros*

## **Vitória Lopes**

*Gerente Executiva de Gestão de Benefícios e Relacionamento com Clientes*

## **Fontes:**

*Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)  
Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS)  
Época Negócios*

## **Texto, ideia original e design gráfico:**

*Copyright © 2016 Grupo Case Benefícios e Seguros - Todos os direitos reservados.*

**Acesse: [www.grupocase.com.br](http://www.grupocase.com.br)**

**  /Grupo Case Benefícios e Seguros**