

Rio de Janeiro, 15 de janeiro de 2018.

À

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR**  
**DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS - DIPRO**

(via e-mail: [ggrep.dipro@ans.gov.br](mailto:ggrep.dipro@ans.gov.br))

Ref.: **Política de Reajuste e Preço**

Contribuições de:

**AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.**

**Registro ANS: 326305**

**CNPJ: 29.309.127/0001-79**

## **INTRODUÇÃO**

1. Foi realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) uma primeira reunião para instituir um Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos com foco nas políticas de preços e reajustes dos planos de saúde na data de 08.12.2017.

2. Naquele fórum esta Entidade Reguladora externou a legítima preocupação com o cenário atual de políticas de preços e reajustes dos produtos e retomou a busca de uma nova diretriz capaz de “resgatar o conceito de mutualismo” – parafraseando João Matos, especialista em regulação da ANS, em sua exposição no evento.

3. O prazo concedido por esta Agência para o envio de contribuições iniciais sobre a matéria finda em 15/01/2017 (hoje), e deve ser feito por meio do endereço de e-mail [ggrep.dipro@ans.gov.br](mailto:ggrep.dipro@ans.gov.br).

4. Para melhor visualização desta contribuição, optou-se pela divisão dos assuntos em tópicos, a saber: **(I) Cenário Jurídico**, no qual se

aborda o histórico e a competência da ANS para regular os preços e reajuste dos planos de saúde e; **(II) Cenário Atuarial**, que traz uma abordagem técnica sobre os métodos de reajustes existentes e qual seria o ideal para a sustentabilidade do setor privado de saúde.

5. Desta forma, a Amil Assistência Médica Internacional S.A., por seus representantes, passa a tecer suas considerações, acreditando ter colaborado para a construção da melhoria do setor de saúde suplementar.

## I. CENÁRIO JURÍDICO

6. A formação e preços e formas de reajustes dos planos de saúde possuem origem na Lei 9.656/98, marco legal do setor. Nesse cenário, entretanto, é possível identificar na prática uma aparente ampliação da competência da ANS para determinar os índices de reajuste anual.

7. Diferentemente do que ocorre com a precificação de um produto novo – que toma corpo com a Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP), dentro de suas variações – os reajustes devem representar índices que efetivamente equilibrem a relação contratual, pouco importando o tipo de contratação (se coletivo ou individual).

8. Contextualizando a matéria, temos que os contratos de plano de saúde firmados anteriormente à vigência da Lei 9.656/98 mantêm os parâmetros de reajustes previstos em suas cláusulas; já os firmados após o marco legal, confere à ANS o exercício **homologatório** na definição dos índices aplicáveis aos contratos.

9. Na prática, entretanto, o exercício toma outro caminho. É que, apesar da redação do art. 35-E, da Lei 9.656/98, falar em "aprovação" do índice de reajuste do plano de saúde pela ANS, a Agência vem impondo estes índices às operadoras, sendo que, em concreto, estas não participam de sua elaboração.

10. Essa premissa é confirmada pela ANS na Resolução Normativa nº 171/08, que também repete a norma e limita o papel da agência na aplicação de cláusulas de reajuste como o de aprovação do índice.

11. É dizer: apesar de haver meios para a participação das partes na definição dos índices de reajuste, o “teto autorizado” os suprime. Em concreto, os índices utilizados para o reajuste de contratos individuais firmados após a vigência da Lei nº 9.656/98 são sempre aqueles impostos pela agência.

12. A RN 171/08 dispõe sobre o processo de reajuste dos contratos de planos de saúde, mas não esclarece quanto à metodologia utilizada para a definição dos índices. Apenas informa que ela é a mesma utilizada desde 2001, e que se baseia no tratamento estatístico da média ponderada dos percentuais de reajuste dos contratos coletivos<sup>1</sup>. O que, no entanto, constitui exatamente o tratamento estatístico e o que justifica utilizar contratos coletivos como base para os cálculos de reajuste de planos individuais?

13. Não é demais ressaltar que esta metodologia gera distorções em virtude na natureza distinta entre contratos coletivos e individuais; desde as populações assistidas, das peculiaridades de cada segmento das operadoras e das diferentes estruturas de evolução dos custos observados em cada modalidade<sup>2</sup>.

14. O atual tratamento regulatório do reajuste de contratos

---

<sup>1</sup> “A metodologia aplicada pela ANS para obtenção do índice máximo tem sido a mesma desde 2001 e baseia-se na média ponderada dos percentuais de reajuste dos contratos coletivos com mais de 30 beneficiários, que passam por um tratamento estatístico e resultam no índice máximo de reajuste dos planos individuais novos a ser aplicado no período seguinte” disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/3348-ans-divulga-teto-de-reajuste-autorizado-para-planos-individuais>, Acessado em: 23 dez. 2017.

<sup>2</sup> SANTACRUZ, Ruy. “Regulação e concentração no mercado brasileiro de saúde suplementar”. FARINA, Laércio; GUIMARÃES, Denis Alves (coord.). *Concorrência e regulação no setor de saúde suplementar*. São Paulo: Singular, 2010.

individuais, portanto, dá à ANS a competência de impor os índices que considerar apropriados, sem que as operadoras possam questionar seu cálculo, tampouco propor índices mais adequados.

15. É possível dizer que o tratamento atual é inconstitucional, uma vez que suprime não só a livre iniciativa (art. 1º, IV e art. 170, *caput*) em seu conteúdo essencial<sup>3</sup>, além da motivação e publicidade dos atos administrativos (art. 37).

16. Desta forma, as consequências do atual tratamento dos reajustes de planos individuais não são proporcionais. É que a imposição unilateral de índices pela ANS – que, em última análise, controla os preços do setor –, só é plausível se, disso, surgirem vantagens ao consumidor.

17. Na prática, contudo, o que se verifica é o encarecimento dos serviços: como não podem cobrar dos beneficiários reajustes adequados, as operadoras são obrigadas a reajustar seu equilíbrio atuarial para adequá-lo aos custos decorrentes dos reajustes insuficientes e à insegurança em seu cálculo.

18. Assim, (i) os custos da operação serão internalizados pelas empresas e repassados ao consumidor; e/ou (ii), caso haja obstáculos ao aumento das mensalidades, o aumento do custo operará como barreira de entrada ao mercado, afetando a concorrência e prejudicando, ainda que indiretamente, o consumidor.

19. Partindo desse contexto, então, passamos a tecer as considerações pontuais, de caráter atuarial e econômico, postos naquele encontro.

---

<sup>3</sup> “A livre fixação de preços integra o conteúdo essencial da livre-iniciativa e não pode ser validamente vulnerada, salvo situações extremas que envolvam o próprio colapso no funcionamento do mercado”. *Idem*, p. 64.

## II. CENÁRIO ATUARIAL

### 1. Precificação – Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP): Redução da banda de comercialização e implementação crítica de NTRP

20. A banda de variação de preços atualmente em vigor permite às Operadoras precificar seus produtos com uma margem de 30% (trinta por cento) para mais ou para menos do valor encontrado na NTRP.

21. Um dos cenários propostos pela ANS é a redução desta banda de variação de preços para 15% (quinze por cento), entretanto, não nos parece ser a melhor métrica de precificação. Explicamos:

22. Uma Operadora de grande porte, como a Amil, atualiza cerca de 125 notas técnicas de produtos por trimestre. Diante da ponderação de alterar a banda de comercialização de 30% (trinta por cento), estaríamos sujeitos a um maior número de atualizações em períodos menores, acarretando excessivo impacto operacional não só para as Operadoras, como para a ANS.

23. Outro fator igualmente relevante é uma possível limitação na liberdade comercial. Ao reduzir a margem de variação, o mercado poderá sofrer com a equalização de preços, desestimulando a concorrência sob este aspecto.

24. Ainda nesta seara, preocupa-nos as possíveis avaliações mercadológicas, uma vez que a Entidade Reguladora deve realizar comparações entre produtos semelhantes, com o mesmo padrão (segmentação, região, rede e abrangência de comercialização).

25. Ao adotar entendimento diverso é possível a ocorrência de distorção do resultado final. Por exemplo: se compararmos um produto hospitalar com um ambulatorial, os resultados serão totalmente divergentes com relação a preços.

26. Esse ponto tem sido uma constante preocupação das operadoras que estão tentando diminuir seus custos operacionais para viabilizar a comercialização de seus produtos e se tornarem mais atraentes ao consumidor e competitivo no mercado de saúde suplementar.

## 2. Revisão da política de reajustes individuais

27. Uma nova proposta de metodologia da ANS para a política de reajustes deve, inicialmente, respeitar os limites legais de sua atuação – assunto já exposto no tópico específico desta contribuição.

28. Partindo deste ponto, entendemos que a ANS deve prestar informações claras sobre as métricas para a criação desses fatores, com a origem dos dados e memória de cálculo disponível para consulta pelas Operadoras e beneficiários de planos de saúde. Caso contrário a apuração do percentual será tão obscura como a vigente.

29. O modelo de *price-cap* destacado naquele encontro como uma medida substitutiva do modelo atual permite subjetividade em sua aplicação, uma vez que utiliza critérios como *indicadores de qualidade, produtividade do setor e média de preços praticada pelo setor* para formar o percentual de reajuste tendem a ser subjetivos e de difícil apuração, por este motivo, não demonstram ser os mais adequados.

30. A título ilustrativo, a **VCMH** ao longo dos anos demonstra o desequilíbrio no período. Segundo a divulgação do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), no período de 2008 a 2016, o índice “autorizado” pela ANS para o reajuste dos planos individuais foi de 104% (cento e quatro por cento) contra 177% (cento e setenta e sete por cento) da variação de custo médico-hospitalar.

31. A VCMH também não possui uma comparação retilínea, ou seja, não compara as especificidades dos produtos (como a forma de contratação,

regionalidade, coberturas e outras). Logo, o que melhor se adequaria à proposta é a especificação também da VCMH, de acordo com os parâmetros de cada produto.

32. Tudo isso, entretanto, dentro da competência legal *homologatória* atribuída à Agência pela Lei 9.656/98.

33. Corroboramos o entendimento da Agência quanto a necessidade de mudanças na regulação para o reajuste dos planos de saúde e defendemos a ideia de uma avaliação própria para cada operadora, que deve ser tecnicamente comprovada perante a Entidade Reguladora a necessidade de um determinado percentual de reajuste. Essa tese permite que o mercado possa fazer sua própria regulação e isso pode estimular fatores senão estagnados, pouco buscados, como:

**Concorrência:** estímulo à qualidade, mobilidade e reequilíbrio das carteiras;

**Incentivo ao mercado:** a procura por produtos individuais é grande e, diante do cenário político atual, tende a crescer. Corrigir essas métricas cria um ambiente mais favorável para que novas operadoras a comercializem esse tipo de produto;

**Liberdade de escolha:** as ferramentas concorrenciais (como a portabilidade de carência) podem ser utilizadas pelo beneficiário para a busca de outra operadora ou ficar na atual com a publicidades do índice;

**Melhor gestão do negócio:** importa dizer que a melhoria dos resultados ensejam reajustes mais acessíveis aos beneficiários.

34. A nova formatação visa melhorar a avaliação do reajuste observando as características de cada operadora.

35. Uma alternativa à proposta anterior é a possibilidade da criação de um *pool* para os contratos regulamentados/adaptados pela Lei 9.656/98,

semelhante ao que existe para contratos empresariais com até 30 beneficiários. Abaixo elencamos os fatores que deveriam conter neste *pool*:

- ✓ VCMH – Variação dos Custos Médicos e Hospitalares exclusivamente regulamentados e de segmentação individual;
- ✓ A metodologia deve respeitar além do efeito do perfil demográfico, a segmentação dos produtos, a região de comercialização, carência, CPT e produtos;
- ✓ Relatório de Auditoria Independente para metodologia atuarial e base de dados;
- ✓ Metodologia de responsabilidade do atuário certificado pelo IBA – Instituto Brasileiro de Atuária;

36. Além dos itens supracitados, há alguns aspectos com grande relevância que podem afetar o resultado do reajuste e que devem ser considerados pelo atuário no cálculo do percentual de reajuste da Operadora de sua responsabilidade, como por exemplo:

- ✓ Compra de uma carteira que dependendo da segmentação e perfil etário podem influenciar no reajuste. Exemplo: a compra de uma carteira com um grande número de beneficiários acima de 59 anos. O custo de utilização difere por ter um número de alto de idosos;
- ✓ Deve ser observado se a operadora comercializa planos individuais. Caso não comercialize nessa contratação o reajuste será provavelmente mais agressivo por ser uma carteira sem oxigenação;
- ✓ Comercialização de novos produtos, principalmente os com perfil de custo mais controlado onde são realizadas negociações específicas com prestadores de algumas regiões e até *captation*. Prática cada vez mais comum no mercado com o intuito de viabilizar a comercialização de produtos desse nicho de risco.



37. Nestes cenários, entendemos, reside uma prática inovadora que converge com os interesses da Agência para reequilibrar os contratos de planos de saúde e a sustentabilidade do setor.

### 3. Revisão da política de reajustes de planos coletivos

38. A proposta da Agência para este nicho é a ampliação do *pool* previsto na RN 309, mitigando a regra vigente, expressa em seu artigo 3º. Alguns pontos, porém, merecem destaque:

39. A ampliação deste *pool* deve ser revista de acordo com a conveniência das partes contratantes – Operadoras e Pessoa Jurídica Contratante – mas não deve ser de cumprimento obrigatório. Por certo, a medida visa diluir o risco dos contratos dos planos coletivos com menos de 100 beneficiários, mas é recomendada a revisão das regras de carência e cobertura parcial temporária (CPT) que neste momento segue a seguinte regra:

✓ Impossibilidade de imputação de carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais indivíduos; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual;

✓ Impossibilidade de suspensão temporária de coberturas (CPT) para procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos; quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica

40. As Operadoras que optarem por esse sistema, devem selecionar o grupo da mesma subscrição dos produtos com menos de 30 vidas por considerarmos ser um grupo ainda pequeno e sujeito a eventos catastróficos

e ter um risco relativamente alto para serem diluídos. Há de ser ressaltado que esse risco na subscrição se torna mais relevante na medida em que não há preenchimento de declaração de saúde, além de continuar com um grande *risco moral* e possibilitar fraudes de beneficiários ingressariam nos planos com a finalidade de utilizarem para um determinado evento.

41. Não restou claro na exposição da ANS qual o tratamento a ser dado aos contratos coletivos por adesão administrados, o qual merece especial atenção diante de suas peculiaridades.

#### **4. Introdução de mecanismo de revisão técnica mediante contrapartidas**

42. As métricas para a mudança do atual mecanismo de *revisão técnica* não está delimitado de forma clara pela Agência, necessitando de esclarecimentos ao longo dos meses propostos para a discussão:

43. **A aplicação de índice sobre toda a carteira** necessita de uma apuração por produto, a fim de verificar os pontos de desequilíbrio para adequá-lo novamente.

44. **A meta de crescimento de vínculos individuais** deve preceder todo o racional exposto até o momento, tais como a precificação adequada por índices tecnicamente justificados pelas Operadoras – preços e reajustes.

45. As  **vendas on line** já são uma realidade e uma tendência do consumidor moderno (tanto que a própria Agência normatizou a prática na RN 413) e trás benefícios não só aos contratantes (através da comodidade) mas para as Operadoras que têm reduzidos os custos administrativos nessa fase.

46. Ainda que não exposto claramente pela Agência como será debatido este ponto, certo é que, ao longo dos anos, as Operadoras vêm acatando reajustes anuais inferiores ao necessário para equilíbrio da carteira de planos individuais, com isso a sinistralidade apresenta níveis não

aceitáveis e tendência de crescimento. Com a proposta de revisão na política de reajuste seria razoável que a Agência permitisse a revisão técnica dos planos para que as Operadoras mantenham o equilíbrio atuarial.

47. O sistema de saúde privado busca incessantemente meios para reequilibrar suas carteiras e manter-se sustentável. Para isso a ANS, com seu poder regulador, deve propiciar um ambiente de melhor gestão dos riscos pelas Operadoras de Planos de Saúde e fomentar a competitividade setorial.

48. Entretanto a matéria não teve o aprofundamento mínimo necessário para embasar uma discussão que permita emitir um parecer robusto neste ou naquele sentido.

## **CONCLUSÃO**

Ratificamos o entendimento exposto inicialmente, de que as contribuições aqui apresentadas servirão não para encerrar a discussão, mas ampliá-la, e consideramos adequada esta abertura para o aprimoramento do sistema de saúde suplementar, tornando-o, assim sustentável, transparente e fomentando a concorrência. A certeza é única: os benefícios devem ser para todos os atores desta cadeia produtiva.

Na oportunidade renovamos votos de elevada estima e consideração.

**AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.**

**Alfredo Augusto Viana Braga da Silva**

**OAB-RJ 142.246**