

**OFÍCIO 004/2018/PRESI**

Rio de Janeiro, 15 de janeiro de 2018.

Ao Senhor

**LEANDRO FONSECA DA SILVA**

Diretor-Presidente Substituto da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Avenida Augusto Severo, 84/9º andar - Glória  
20021-040 – Rio de Janeiro – RJ

C/C

**KARLA SANTA CRUZ COELHO**

Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Assunto: **Política de Preços e de Reajuste**

Senhor Diretor-Presidente,

1. A FenaSaúde – Federação Nacional de Saúde Suplementar, entidade representativa de operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, tendo em vista as propostas apresentadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na reunião de 08 de dezembro de 2017 do Comitê de Regulação da Estrutura de Produtos para o assunto em referência, vem expor algumas considerações.
2. Inicialmente, cumpre-nos destacar que esta federação e suas associadas consideram importante a avaliação sistemática das regras regulatórias, a fim de aperfeiçoar a regulação do setor e corrigir eventuais equívocos cometidos ao longo do caminho. No caso específico da regulação dos reajustes, a avaliação dos resultados e uma revisitação às regras é demanda antiga das operadoras e seguradoras de planos de saúde, especialmente em



virtude do impacto desta política sobre o mercado de planos de saúde individuais/familiares.

3. A seguir, fazemos algumas considerações sobre os quatro eixos da proposta de revisão da política de preços da ANS.

#### I – Precificação - Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP)

4. Foi apresentada proposta de redução da banda de comercialização permitida hoje. Atualmente, para efeitos de comercialização dos produtos, há uma banda de variação de preços de 30%, acima ou abaixo do preço da NTRP. Além disso, a ANS também propôs a realização de uma avaliação “crítica” da NTRP, de maneira a aperfeiçoar a regulação atuarial dos produtos pela agência e melhorar a qualidade da regulação.

5. No que se refere especificamente à redução à metade da banda de comercialização, não ficou clara qual é a motivação para sua redução de 30% para 15%. A ANS afirma que a banda de regulação não interfere na livre precificação dos produtos porque, uma vez que os limites sejam ultrapassados, bastaria à operadora pedir uma atualização da NTRP. Neste caso, a redução da banda de comercialização implica em um aumento da frequência a atualização de NTRP e, conseqüentemente, em custos maiores tanto para a Agência quanto para o setor regulado. Não há uma indicação clara de qual o benefício para o setor e qual o objetivo da medida.

6. Além da necessidade de atualização das NTRPs com maior frequência, com a redução da banda haverá necessidade de a operadora registrar novos produtos para viabilizar a comercialização de planos com características muito semelhantes, como por exemplo, diferentes múltiplos de reembolso, níveis de fatores moderadores, e a combinação dessas condições, etc. A necessidade de registro de produtos, sem que de fato suas características requeiram, confere elevado ônus ao setor, inclusive para a Agência.

7. Na prática, as operadoras de planos de saúde verão reduzidas sua liberdade de atuação comercial no curto prazo, bem como observarão maior custo na operação de planos.





## II – Revisão da Política de Reajustes dos Planos Individuais

8. As evidências mostram que a variação dos custos dos planos de saúde individuais, no atual modelo de regulação, sobrepujou a variação dos preços ao longo dos últimos anos. O quadro 1, abaixo, mostra as variações do IPCA, da despesa assistencial per capita (%) e da Custo Médico-Hospitalar (VCMH) calculado pelo Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS). O quadro também mostra o reajuste da ANS (Planos individuais) e a diferença entre o VCMH e o reajuste da ANS<sup>1</sup>.

9. Os subreajustes, o não repasse das ampliações do Rol, a não observância regulatória quanto à possibilidade de revisão técnica para equilíbrio econômico-financeiro da carteira, e as barreiras à saída deste mercado, tiveram como efeito a redução da oferta deste tipo de produto.

**QUADRO 1 – Variação da despesa e inflação e reajuste da ANS**

Ano	IPCA <sup>1</sup> %	Reajuste ANS %	Despesa Assistencial per capita % <sup>2</sup>	VCMH/IESS %	Diferença VCMH/ANS em pontos percentuais
2008	6,00	5,48	9,60	7,48	2,00
2009	4,65	6,76	8,89	9,98	3,22
2010	5,46	6,73	4,95	12,95	6,22
2011	6,42	7,69	10,91	8,63	0,94
2012	5,67	7,93	12,92	11,98	4,05
2013	6,05	9,04	10,11	15,58	6,54
2014	6,96	9,65	14,04	15,14	5,49
2015	9,73	13,55	13,38	16,37	2,82
2016	6,97	13,57	19,17	18,22	4,65
<b>Acumulado 2008 - 2016</b>	<b>65,2</b>	<b>104,2</b>	<b>142,8</b>	<b>176,7</b>	<b>72,5</b>

Fontes: Sistema de informações de beneficiários - SIB/ANS/MS - Tabnet. IBGE - índice de reajuste ANS - disponível em <http://www.ans.gov.br/>. Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor IPCA - Dados extraídos em 20/3/17.

Notas: <sup>1</sup>IPCA - Variação do índice médio de cada ano compreendido entre os meses de abril e maio. <sup>2</sup>Considera apenas as operadoras médico-hospitalares.

<sup>1</sup> É importante notar que a tabela traz a diferença entre o VCMH e o reajuste da ANS em pontos percentuais. Do ponto de vista proporcional, o reajuste da ANS atingiu 69,5% da variação de custos médico-hospitalares calculados pelo IESS.



10. Os dados acima evidenciam um distanciamento da VCMH de planos individuais dos reajustes autorizados pela ANS, resultando numa diferença de 72,5 pontos percentuais.
11. O atual modelo de regulação, que baseia os reajustes dos planos individuais na média de reajuste dos planos coletivos, ignora uma importante diferença atuarial das duas carteiras: os planos coletivos empresariais possuem a maioria de beneficiários em idade ativa. Os planos individuais, por sua vez, têm na sua composição demográfica parcela significativa de beneficiários que estão em faixas etárias mais avançadas e, embora estes beneficiários também paguem mais, o resultado ainda assim é uma composição de custos diferente. O envelhecimento exacerba este problema. Aliás, é justamente este o motivo da existência da solidariedade intergeracional na saúde suplementar. O descompasso entre o crescimento dos custos e dos reajustes é um problema fundamental a ser resolvido em qualquer proposta de mudança na política de reajuste dos preços dos planos individuais.
12. Outra dificuldade da política de reajustes atual é a incapacidade de reconhecer realidades específicas no que diz respeito às carteiras, operadoras e regiões geográficas, visto que um único reajuste é autorizado para todos os planos individuais e familiares, perpetuando e agravando desequilíbrios existentes.
13. O ponto principal da proposta apresentada pela Agência é a substituição do modelo atual, baseado na variação dos preços dos planos coletivos, por uma regulação por incentivos por meio de um modelo teto-de-preços (ou *price-cap*).
14. O modelo teórico da regulação por teto-de-preços busca aplicar ao reajuste um valor máximo a partir de um índice inflacionário, descontando-se um fator X que deve refletir os ganhos antecipados na produtividade do setor. A proposta estabelece como índice inflacionário a variação dos custos médico-hospitalares dos planos individuais com expurgo da variação da faixa etária. O fator X na proposta não ficou definido, mas a Agência também propõe um Fator Y, com o objetivo de recuperar parte ou totalmente o desconto do fator X com base em indicador de qualidade.
15. Uma primeira preocupação que a proposta trouxe ao setor foi a desconsideração, por parte da Agência, dos fatores que influenciam a variação dos custos médico-hospitalares (VCMH). O padrão do produto influencia de





maneira sensível a apuração da VCMH, conforme já foi apontado pela metodologia do cálculo do VCMH do Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS)<sup>2</sup>. Além disso, é importante notar que outros fatores tais como região do produto, modalidade e porte das empresas, e nível de concorrência entre os prestadores de serviços podem influenciar a VCMH.

16. A alteração do “nível” do produto mascara a VCMH se esta for apurada sem expurgar tal efeito. Em todas as situações haverá desequilíbrio. Quando a economia apresenta recessão é comum os contratantes reduzirem o nível do produto, seja mudando o produto por outro de mais baixo preço, ou introduzindo Fatores Moderadores ou ainda, mantendo o produto, mas ampliando os níveis de fator Moderador ou reduzindo os valores de reembolso. Neste caso a VCMH apresenta artificialmente um aumento inferior, sendo a variação dos custos médico-hospitalares “mascarada” pela redução dos benefícios.

17. O mesmo ocorre na situação inversa, quando a economia está aquecida. A VCMH se calculada sem que tais efeitos sejam expurgados, considerará os efeitos da ampliação de benefícios. O DIOPS, citado como possível fonte para mensuração da VCMH, não expurgaria os efeitos mencionados acima.

18. É importante notar que, embora a VCMH tenha natureza diferente dos índices de preço, uma vez que estes consideram apenas as variações de preços e não das quantidades, alguns dos problemas encontrados na formação da VCMH também são relevantes na formação dos índices de preços. Por exemplo, o IPCA, calculado pelo IBGE e utilizado pela CMED (Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos) para calcular o reajuste dos medicamentos, tem a composição das variações de preço ponderadas por região.

19. O que se sugere, portanto, é que a VCMH não seja calculada com uma média simples, mas sim que seja ponderado de acordo com fatores que também influenciam a variação de custos. A média simples, mesmo com tratamentos estatísticos como a exclusão dos valores atípicos (*outliers*) não corresponde à composição da variação de custos real do amplo universo dos produtos nos planos individuais. Ressalte-se que a metodologia de teto-de-

---

<sup>2</sup> CECHIN, J. MARTINS, C.B. LEITE, F. *Variação dos Custos Médico-Hospitalares – Setembro 2009*. Texto para Discussão nº 31 – Março 2010. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar.



preços foi criada<sup>3</sup> para regular um setor (telecomunicações) muito mais homogêneo do que o da Saúde Suplementar e com outros tipos de falhas de mercado (monopólio natural).

20. Ainda no que se refere ao modelo de teto-de-preços, outra discussão fundamental é sobre o fator X a ser adotado. A literatura econômica indica que o fator X deve ser composto por uma estimativa de ganhos futuros de produtividade do setor. O fator X deveria, idealmente, refletir o crescimento do de produtividade que as firmas obteriam caso estivessem sujeitas às pressões competitivas de mercado. Se o fator de produtividade for muito baixo, e os preços forem muito altos em relação aos custos, isto implicará perdas de bem-estar para a sociedade. Se, por outro lado, o fator X for muito elevado, os preços poderão ser insuficientes para cobrir os custos e podem induzir perdas financeiras às firmas ou, no limite, a saída das firmas do mercado.

21. Importante questão que aparece para os reguladores interessados em aplicar o fator X na saúde suplementar é definir exatamente o que se entende por ganho de produtividade no setor. Esta definição não parece madura o suficiente para que seja aplicada tendo em vista o cronograma de atividades do Comitê de Regulação da Estrutura de Produtos para debater o tema. Uma definição arbitrária de produtividade, descolada da real capacidade do setor, representa um risco regulatório preocupante, tanto na superestimação quanto na subestimação do fator X.

22. O equilíbrio econômico-financeiro das carteiras das operadoras está previsto em lei e devem ser garantidos os reajustes adequados e a revisão técnica quando constatado desequilíbrio, cabendo à ANS a chancela homologatória do percentual indicado pela operadora/seguradora, desde que comprovado tecnicamente.

23. Destaca-se ainda que a ANS tem continuamente ampliado as regras de portabilidade de carências, o que elimina a barreira para o contratante substituir sua operadora de planos de saúde. Essa maior liberdade de contratar deveria ser considerada como ambiente mais propício à maior flexibilização do reajuste aplicado pelas operadoras de planos de saúde.

---

<sup>3</sup> "Price caps were first proposed in the early 1980's by Stephen Littlechild in connection with the regulation of British Telecom and Roy Radner at AT&T's Bell Labs." VISCUVI, K. HARRINGTON, JR. J.E., VERNON, J.M. (2005) *Economics of Regulation and Antitrust*. 4<sup>th</sup> Edition. The MIT Press. P.439.



24. Entende-se adequada a proposta de apuração trimestral da VCMH calculada com base em 12 meses, uma vez que o reajuste aplicado na data de aniversário dos contratos refletirá a VCMH dos meses mais recentes.

25. Dessa forma, entende-se que a proposta da ANS não terá o impacto desejado de ampliação da oferta de planos individuais uma vez que a metodologia de apuração do reajuste anual – componente mais importante na decisão do mercado – permanecerá dissociada da real evolução de custos do setor.

### III – Revisão da Política de Reajuste de Planos Coletivos

26. No que se refere à política de reajuste de planos coletivos, a proposta da Agência é alterar o atual agrupamento de contratos coletivos para o cálculo do reajuste que será aplicado a esse agrupamento. Como é de vosso conhecimento, hoje este agrupamento é para os contratos de com menos de 30 (trinta) beneficiários. A proposta é que o agrupamento passe a ser realizado para todos os contratos coletivos com até 100 (cem) vidas.

27. De acordo com a proposta, tal mudança teria por objetivo incentivar o mutualismo e reduzir o fracionamento do *pool* de risco dos contratos. Isto é, ao agrupar todos os contratos com beneficiários de até 100 vidas para efeitos de reajuste, a Agência entende que tais contratos estariam participando de um *pool* único, reforçando a ideia do mutualismo entre todos esses contratos.

28. No entanto, o agrupamento de que trata a RN 309/2012 atualmente não unifica o *pool* de risco para os contratos sujeitos ao reajuste. O efeito do agrupamento é restringir a livre negociação entre os contratantes e as operadoras e seguradoras de planos de saúde.

29. Importante ressaltar que os contratos com até 29 vidas e os contratos que agregam entre 30 e 100 vidas possuem perfis muito distintos e não devem possuir as mesmas regras de reajuste. Caso o atuário responsável pela operadora entenda que o agrupamento formado pelos contratos com até 29 vidas da operadora não seja estatisticamente consistente, deve indicar o número de vidas necessário para o agrupamento. Assim, não serão prejudicados

nem aquelas operadoras que possuam o agrupamento com o número de vidas suficiente e nem os contratantes, que passariam a ter o mesmo reajuste de contratos com risco distinto do seu.

30. A proposta de incluir todos os contratos coletivos por adesão no *pool* desvirtua tanto o princípio do *pool*, quanto a presunção de o número de beneficiários de determinados contratos ser estatisticamente consistente e seu reajuste apurado com base em sua massa “explicar” a variação de seus custos. Desta forma, sugere-se que os contratos coletivos por adesão com mais de 29 vidas permaneçam seguindo as mesmas regras de reajuste dos planos empresariais deste porte.

31. Além disso, a alteração da regra do *pool* deve estar atrelada à regra de carências. Por exemplo, se com a indicação do atuário, para determinada operadora, o *pool* passar a agregar contratos com até 40 vidas, a todos estes deve ser possibilitada a imputação de carência prevista na RN 195.

32. A ANS deverá possibilitar a concessão de descontos ao reajuste ou ainda, que haja uma “banda” ao reajuste do *pool*, isto porque há situações em que o responsável pelo contrato opta por rescindi-lo por não concordar com o reajuste proposto, por vezes retornando à operadora em curto período. Sabe-se que o custo de aquisição (comercial e administrativo) de um contrato é extremamente elevado, o que por vezes justifica o desconto. Adicionalmente, a impossibilidade de concessão de desconto nos casos em que o contratante notifica o cancelamento se traduz em estímulo à rotatividade desnecessária de clientes entre as operadoras.

33. É importante lembrar, ainda, que a regulação econômica de preços é uma característica daqueles mercados onde há monopólio natural. Este não é o caso do mercado da saúde suplementar. ANDRADE *et al* (2010)<sup>4</sup> estudaram a concentração de 89 mercados relevantes de planos de saúde no Brasil e em apenas um destes mercados encontrou menos de 5 empresas competindo, uma evidência de que não há monopólios naturais neste mercado. Além disso, o controle de parcela elevada do mercado é condição necessária, mas não suficiente, para que se exerça poder de mercado. No setor de saúde suplementar, o principal elemento que permite um possível exercício deste poder é a barreira à entrada. Sem monopólios naturais e na ausência de barreiras à entrada, não há motivos econômicos para ampliar a regulação dos

---

<sup>4</sup> ANDRADE, M.V. RUIZ, R.M. MAIA, A.C. MODENESI, B. TIBURCIO, D.M. *Estrutura de Mercado do Setor de Saúde Suplementar no Brasil*. Texto para Discussão nº 400. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR. 2010.





preços no mercado de planos de saúde, especialmente no mercado de planos coletivos. Pelo menos não sem uma evidência sólida de que isto venha a implicar no aumento do bem-estar social.

#### IV – Introdução do Mecanismo de Revisão Técnica

34. A revisão técnica do reajuste é uma condição necessária para que as partes tenham segurança de que a prestação do serviço estará com preço equilibrado, motivo pelo qual a revisão está prevista nas Leis nº 9.069/95 e 10.192/01, que dispõem sobre o Plano Real, bem como na Lei 9.961/00.

35. A revisão técnica é também necessária para que a regulação por teto-de-preços seja aplicada. Erros sistemáticos nas estimativas de ganhos de produtividade, por exemplo, implicam na necessidade de uma correção dos preços. A revisão técnica não apenas protege as empresas de ter reajustes sistematicamente inferiores à variação real de custos e de produtividade. Ela também protege a sociedade de um movimento no sentido oposto, isto é, de que ganhos de produtividade obtidos pelas empresas não sejam repassados aos preços.

36. A proposta da ANS vincula a introdução deste tipo de mecanismo à aplicação do índice sobre toda a carteira e a metas de crescimento de vínculos individuais. Não ficou claro na proposta da Agência como tais mecanismos reduzem as falhas de mercado ou aumentam o bem-estar. Uma vez estabelecida regulação por teto-de-preços dentro de parâmetros bem calibrados, estando as demais variáveis constantes, o aumento do número de vínculos individuais deverá ocorrer de maneira natural. Se o mercado não responder a uma mudança regulatória com um aumento relativo dos contratos individuais, isso é indicador de que os parâmetros de reajuste não estão bem calibrados e que é necessário realizar uma revisão técnica. Ou seja, o aumento do número de vínculos não deve ser condição para a revisão técnica, mas a sua redução sim deve ser um indicador de que ela é necessária.

37. Note-se que os valores dos planos individuais estão atualmente defasados em virtude da aplicação do modelo atual de reajuste. Observa-se que a mudança para o modelo proposto não irá recuperar a defasagem passada, para que isto ocorra é necessária a aplicação da Revisão Técnica.



38. Agradecendo mais uma vez a atenção dispensada, aproveito a oportunidade para saudar a iniciativa da Agência de colocar o tema em debate. A FenaSaúde reafirma o seu compromisso com o desenvolvimento do setor, inclusive por meio da realização do 2º Workshop regulatório, que se realizará no dia 26 de janeiro e debaterá a política de preços e de reajustes do setor.

Atenciosamente,

  
**SOLANGE BEATRIZ PALHEIRO MENDES**  
Presidente