

Rio de Janeiro, 15 de janeiro de 2018.

À
DIPRO / ANS

**Assunto: Comitê de Estrutura e Regulação de Produtos
Contribuições para o Comitê de Preços e Reajuste**

Em atenção ao tema específico acima indicado e objetivando colaborar com o desenvolvimento e aprimoramento deste importante Setor, reiterando nosso reconhecimento e parabenizando-os pela excelente apresentação realizada na, apresentamos abaixo algumas considerações.

Destacamos também que o documento, embora sucinto, face o período e tempo disponível, permite alertar para elementos técnicos que disciplinam os temas. Portanto, permanecemos ao dispor para qualquer contribuição ou eventual detalhamento.

Tema: Revisão da política de reajustes de planos coletivos

- Ampliação do pool por operadora para 100 vidas no empresarial; Inclusão no Pool de reajuste todos os contratos coletivos por adesão e avaliar rescisão programada.

Quanto a ampliação do número de beneficiários para os conceitos de pool, entendemos ser positivo sob o aspecto atuarial, sendo mais viável a busca pelo equilíbrio individualizado em carteiras maiores.

Entendemos que a ampliação do número de vidas, poderá ser estudada em conjunto com algumas segmentações e “banda percentual” para negociação e flexibilização do reajuste, calculada e comprovada através de técnicas estatísticas, com foco na retenção e sustentabilidade do grupo.

A ampliação deve ser revista não só para diluir o reajuste dos contratos dos planos coletivos com menos de 100 beneficiários. É recomendado a revisão das regras de carência e CPT (Cobertura Parcial

Temporária), definidas na RN 195, diferenciada para o grupo com o mesmo limite de vidas do Pool de Riscos da RN 309. Importante alinhar a subscrição de cada grupo. Hoje, os contratos possuem regra específicas de reajuste, carência e CPT. A ampliação do Pool para contratos até 100 vidas, deve conter também a aplicação para as mesmas regras de carência e CPT, por considerarmos ser um grupo ainda pequeno e sujeito a eventos catastróficos e ter um risco relativamente alto para serem diluídos.

Contudo, inclusão em pool dos contratos coletivos por adesão, entendemos que o critério de Pool por quantidade de vidas não deve misturar contratos com tipos de contratação diferentes. Entendemos que contratos coletivos por adesão com número de beneficiários dentro dos critérios do pool podem ser incluídos no escopo da RN 309, já os contratos com mais beneficiários devem ser avaliados individualmente, pois embora tenham apresentado índices de reajuste mais elevados que os planos coletivos empresariais, também são as populações com maior concentração de idosos e qualquer movimento do agente regulador que restrinja a atuação das operadoras poderá resultar na sua retração neste segmento de atuação, prejudicando o princípio instituído para esta proposta de incentivo a concorrência.

- Melhoria da base cadastral por intermédio de pesquisa e verificação dos reajustes junto aos beneficiários e contratantes.

Quanto a melhoria de base cadastral de reajustes com a confirmação/validação via comprova, não verificamos nenhuma contribuição técnica/atuarial e acreditamos contribuir para a auditoria das informações. Contudo, alertamos que poderá gerar questionamentos por parte dos beneficiários e esse fluxo deve ser bem avaliado e definido para não gerar ruídos ao processo.

- Padronização de cláusulas de reajuste.

Entendemos que esta medida não deve ser restritiva em relação à metodologia utilizada. Com isso, a criação de padrão (um ou mais), não deve coibir o desenvolvimento e a aplicação de novas técnicas atuariais que contribuam para o mercado e equilíbrio da relação contratual.

A hipótese de submissão e aprovação desta cláusula seria positiva se o objetivo for o de promover transparência nas relações comerciais e não de gerar restrições técnicas.

Em relação a este tema, outro ponto importante é a manutenção de cláusulas já definidas e comercializadas anteriormente.

Tema: Nota Técnica de Registro de Produto

- **Redução da banda de comercialização;**

A atual banda de 30% comporta as possíveis variações para: diferenciação por porte de contrato, adoção de fatores moderadores e reembolsos diferenciados, permitindo ao atuário determinar a precificação individualizada por produto, com “n” variações de adoção destes fatores e demandando o registro de menos produtos na ANS.

Esse ajuste na banda de comercialização restringiria o impacto desse mecanismo. Tornando inclusive, alguns desenhos de coparticipação inviáveis para comercialização. A coparticipação é uma ferramenta muito importante e que deve ser incentivada para conscientização da população de uso do seu plano de saúde. Inclusive, esse foi um tema de grande debate na agencia recentemente.

A redução desta “banda”, poderá estimular o aumento do número de produtos por operadora, prejudicar o incentivo aos mecanismos financeiros de regulação e aumentar o custo de administração dos produtos para a Operadora. 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 competitivas perante o mercado de saúde suplementar cada vez mais concorrido.

No momento atual, a ANS tem informações como variação por faixa etária, prêmio puro, prêmio de risco, abrangência de comercialização e segmentação que estão contidas na NTRP para a sua avaliação e monitoramento. Entendemos que as outras questões o mercado pode regular.

- Implementação de crítica de NTRP.

Consideramos positivo que o agente regulador estabeleça um processo efetivo de acompanhamento da precificação adotada pelos atuários, desde que não seja restritivo ao exercício da atividade profissional e pautado em regras claras e divulgadas com transparência, objetivando a sustentabilidade do setor, respeitando as decisões de negócio das operadoras.

Tema: Introdução de mecanismo de revisão técnica mediante contrapartidas: Aplicação de índice sobre toda a carteira; Meta de crescimento de vínculos individuais; e Vendas on line.

Entendemos este processo como positivo e necessário para a busca de mais sustentabilidade para o setor de saúde suplementar, em especial após a sequência de anos com reajustes determinados de forma independente ao desempenho econômico individualizado das operadoras. Contudo, reforçamos a necessidade de avaliação atuarial para verificar onde se encontra o desequilíbrio para que as medidas sejam mais direcionadas para estes produtos.

O estabelecimento de vínculo com vendas on line e meta de vendas de planos individuais parece uma contra-partida que traria benefícios ao setor como um todo.

Tema: Revisão da política de reajustes individuais. Utilização da VCMH do mercado de planos individuais com expurgo da variação de faixa etária; Fator X com desconto a título de produtividade do setor; e Fator Y com base em indicador de Qualidade afim de recuperar parte ou totalidade do percentual retirado do reajuste a título do Fator X.

Uma nova proposta de metodologia da ANS deve conter de forma clara a metodologia utilizada para a criação desses fatores e a memória de cálculo deve estar disponível para consulta das operadoras e dos beneficiários de planos de saúde.

Quanto a adoção de um indicador de reajuste baseado na variação de despesas assistenciais efetivamente observada no setor de saúde suplementar em substituição do critério atual, consideramos uma medida extremamente positiva.

Acreditamos ser tecnicamente mais justo uma proposta de alteração de regulação de reajuste nos mercados de saúde e defendemos a ideia de uma avaliação própria para cada operadora sendo tecnicamente comprovado perante a Agência a necessidade de um determinado percentual. Essa tese permite que o mercado possa fazer sua própria regulação e isso pode estimular fatores como:

- Concorrência: estimular qualidade, mobilidade e reequilíbrio
- Incentivar novas operadoras a comercializar os planos individuais
- Melhor gestão do negócio (para ter resultados melhores e reajustes mais acessíveis aos beneficiários)
- Livre escolha utilizando a ferramenta de portabilidade para optar em escolher outra operadora ou ficar na atual com a publicidades do índice.

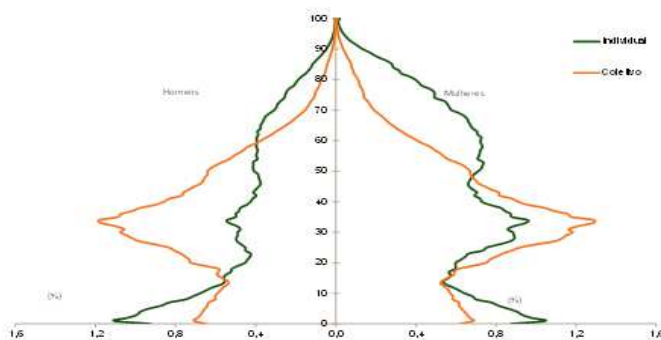
Quanto a adoção de fatores de produtividade e qualidade, entendemos que estes fatores podem não ser determinantes na aplicação de reajuste seja ele técnico ou financeiro. E se considerados, também precisam ter metodologias claras e bem definidas ao mercado.

Quando a alteração de período de apuração para trimestral, sob o aspecto atuarial não percebemos impeditivo, sendo positivo o reajuste de preços com base em dados mais atualizados possível. Contudo, sob a ótica mercadológica, achamos importante avaliar para não incentivar movimentos contratuais que desviem os resultados estimados.

Tema complementar: Estudo Atuarial – Pacto Intergeracional nos Planos de Saúde

Dentro deste prisma, este estudo toma por base o gráfico da composição etária divulgado pela ANS, através do documento denominado Prisma, e tem a seguinte figura:

Pirâmide etária de beneficiários de planos de assistência médica, por tipo de contratação (Brasil – junho/2016)

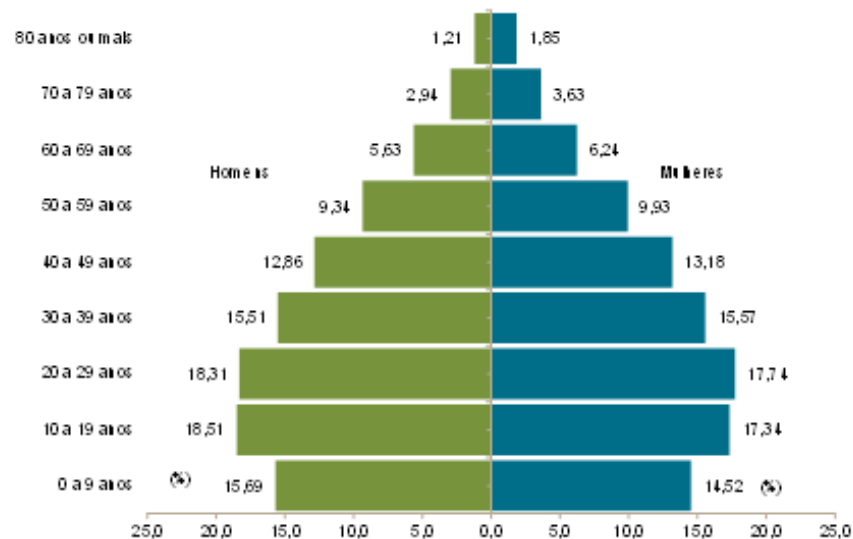


Fonte: SIB/ANS/MS - 06/2016 e População - Censo Demográfico/IBGE/2010

O gráfico acima evidencia a distinção etária dos Planos relativos ao segmento Coletivo, em comparação ao segmento Individual, reitera-se, além dos aspectos técnicos atinentes.

De forma mais prospectiva evidencia-se no gráfico de 2012, abaixo indicado, que já há um menor incremento de jovens nestes últimos 5 anos, no mínimo. Associa-se a isto o dado de que a população, de modo geral – em média, está atingindo uma maior longevidade, medida pelo aumento da expectativa de vida e que este fator tem uma maior grandeza nos segmentos de renda que compram Planos Privados de Assistência à Saúde.

Pirâmide da estrutura etária da população (Brasil - 2012)

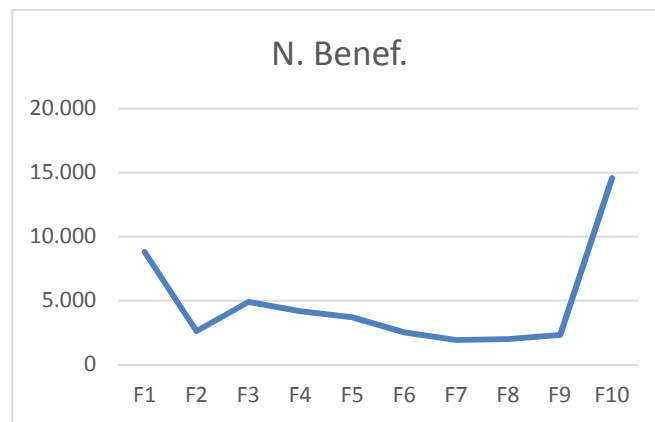


Fonte: População - IBGE/DATASUS/2012

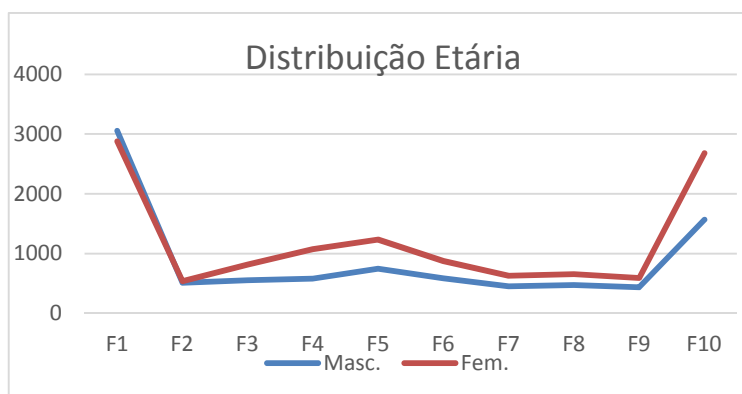
De forma mais específica e segmentando por regiões, face as grandes variações e caracterização das diferentes massas (e portes das Operadoras), observamos alguns modelos, relativos apenas ao Rio Grande do Sul – RS, dado a disponibilidade de tempo para estas observações.

Segue abaixo a indicação de cada caso (exemplo mais específico), todos relativos exclusivamente à carteira de Planos Individuais/Familiares:

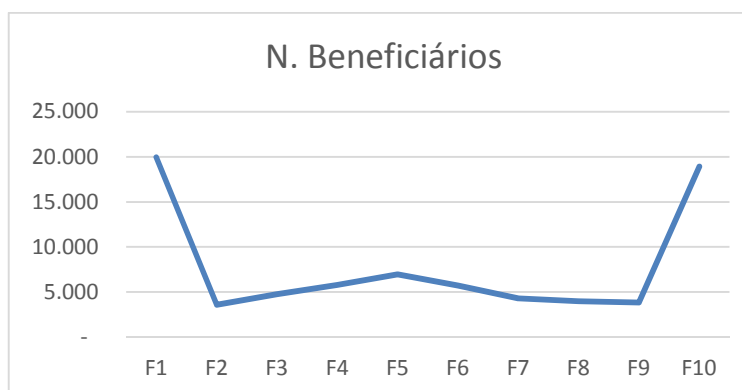
Caso 1: total de 47.539 Beneficiários, aglutinando masculino e feminino:



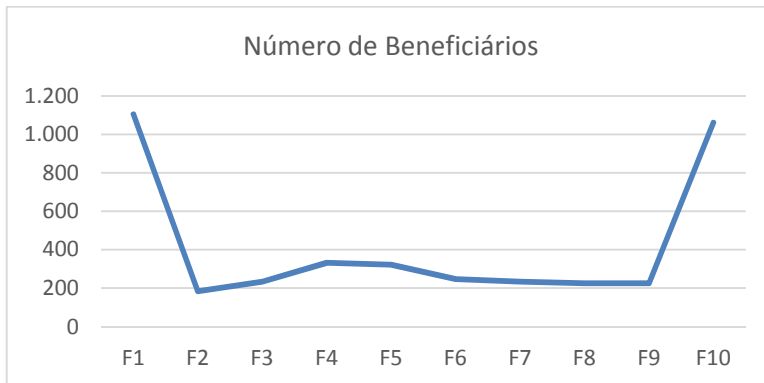
Caso 2: total de 20.929 Beneficiários, aglutinando masculino e feminino:



Caso 3: total de 77.824 Beneficiários, aglutinando masculino e feminino:



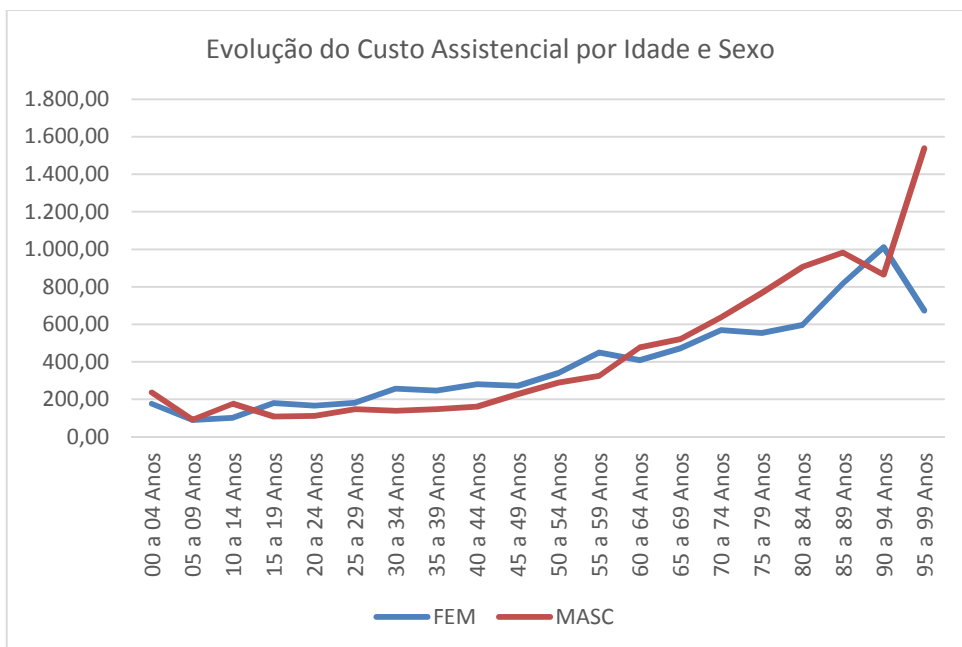
Caso 4: contando com apenas 4.172 mil Beneficiários



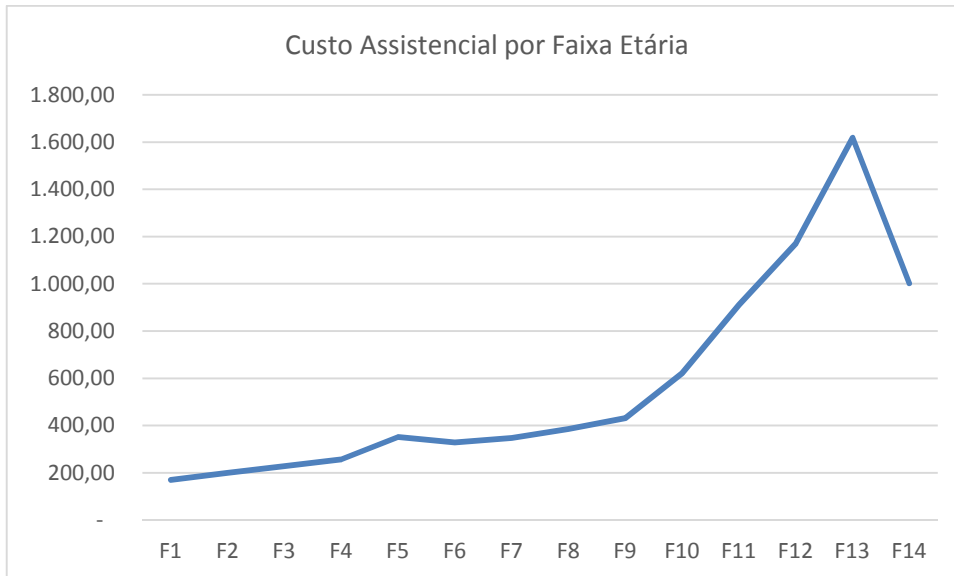
Observação 1:

Em todos os casos, tantos pelos dados gerais, quanto pelos casos particulares, evidencia-se que o número de jovens, indicados pela Faixa Etária – F1 é equivalente aos relativos à F10. Porém, há que se salientar que o peso do custo assistencial efetivo, para os Beneficiários das faixas etárias mais elevadas, se apresentam bem mais elevados, na maioria dos casos, ou seja, em um nível que ultrapassa as seis (6) vezes previstas na norma, conforme é destacado abaixo:

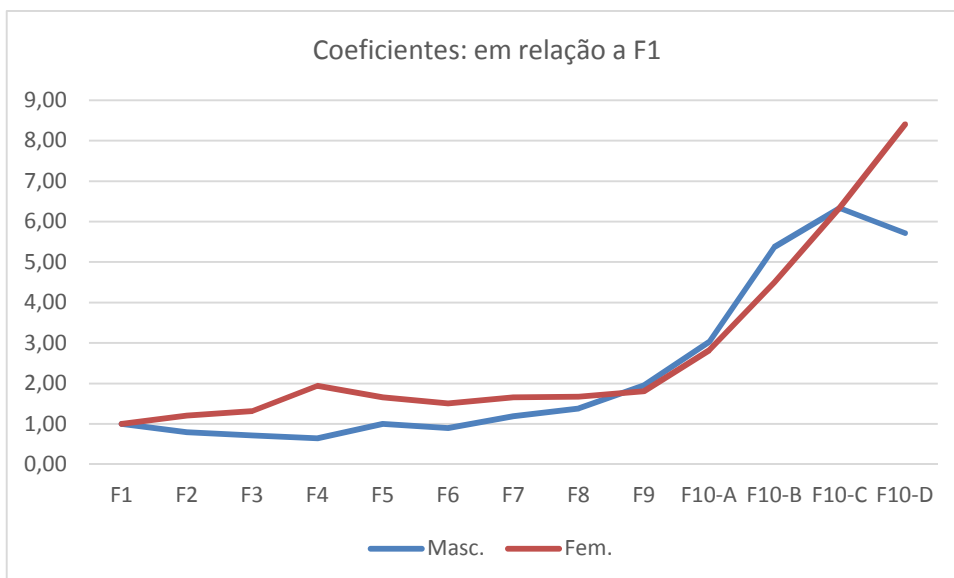
Caso 1: referente a massa de 47.529 Beneficiários:



Caso 2: para um grupo de 77.823 Beneficiários:



Caso 3: em coeficientes relativos a 20.929 Beneficiários:



Este estudo visa, dentro de sua especificidade, analisar a figura do impacto interacional no segmento privado de saúde, inclusive frente à limitação atual entre a F1 e a F10 de seis (6) vezes. Donde, considerando tanto a distribuição etária atual dos Beneficiários, quanto à eventual figura de aumento

de carteira (caso fosse possível buscar tal incremento e de modo significativo), constata-se que a proporcionalidade dos mais jovens, em relação à população dos acima de 60 anos, e ainda ponderado pelos custos assistencial bem mais elevado, esta condição fica em muito prejudicada e matematicamente (demograficamente) insustentável.

Face o ponto indicado na referida reunião e ratificando nosso permanente posicionamento no sentido de contribuir e buscar o aprimoramento técnico de importante segmento, a fim de lhe prover de um crescimento mais estruturado e dada a atual discussão sobre o tema, permitimo-nos reforçar a importância do Fator Moderador, especialmente no que tange ao limite percentual, visto que já à longa data temos no Mercado produtos com **50% para as consultas**. Estes produtos, como opções aos clientes, tem apresentado excelente alternativa, inclusive frente aos eventuais casos de desemprego ou troca de emprego. Associa-se a isto, ainda, os casos de “clínicas médicas” que se proliferam por todo o país e estão à margem da regulamentação mais formal.

Permanecemos ao dispor para qualquer eventual complemento ou providência que julgar necessária.

Atenciosamente,

Glauce Carvas
Coordenadora Com Saúde – IBA

José Antônio Lumertz
Substituto