



Sistema Unimed ★★★★★

Há 50 anos cooperativo e presente, construindo o futuro com a tradição do passado

DRMS 008/18

São Paulo, 31 de janeiro de 2018

À

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DE OPERADORAS - DIPRO

COMITÊ DE REGULAÇÃO DA ESTRUTURA DOS PRODUTOS

At. Dra. Karla Santa Cruz Coelho.

Av. Augusto Severo, 81 - 10º andar - Glória - Rio de Janeiro - RJ - CEP nº 20021-040.

Ref. PROPOSTAS ÁREA TÉCNICA DA DIPRO/ANS PARA POLÍTICA DE PREÇOS E REAJUSTE

A UNIMED DO BRASIL - CONF. NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, representante institucional do Sistema Unimed em âmbito nacional e operadora registrada na ANS sob o número 300870, por seu representante legal que abaixo subscreve, vem apresentar suas considerações iniciais a respeito das primeiras propostas apresentadas pela DIPRO/ANS, em reunião realizada em 08 de dezembro de 2017, sobre política de preços e reajustes, concordando que o assunto deve ter como premissas a sustentabilidade do setor, a transparência e o estímulo à concorrência.

De antemão a Unimed do Brasil vem, novamente, insistir na necessidade de revisão técnica da carteira de planos individuais deficitárias, especialmente as de planos não regulamentados e aquelas recebidas em decorrência de portabilidade, alienação voluntária ou compulsória de carteira e oferta pública.

Em 2017, durante reunião deste mesmo comitê, a Central Nacional Unimed - CNU apresentou o montante dos prejuízos acumulados pelas portabilidades direcionadas e que foi destinatária (http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_comite_estrutura_produtos/reuniao_5_contribuicoes_centralnacionalunimed.pdf). São números impressionantes. Esse tipo de situação não pode prosperar, vinte mil beneficiários recebidos via portabilidade não podem comprometer uma carteira de um milhão e meio de beneficiários. Medidas contra a seleção adversa, e revisão técnica das carteiras de beneficiários recebidas são imprescindíveis para que essas operadoras não venham correr exatamente o mesmo risco das operadoras de origem, ou seja, de serem liquidadas.



www.unimed.coop.br
Alameda Santos, 1827 - 10º andar
01419-909 - São Paulo - SP
T. (11) 3265-4000





DRMS 008/18

No que tange à carteiras de planos não regulamentados, são inúmeros os exemplos de carteiras deficitárias no Sistema Unimed, decorrentes de vários aspectos, como a discussão judicial que houve sobre a irretroatividade da Lei 9656/98 (ADIN 1931) e, conseqüentemente, sobre o critério de reajuste que deveria ser aplicado aos contratos não regulamentados (lei ou contrato?); judicialização, que obrigou operadoras a assegurar procedimentos que não faziam parte dos contratos antigos, por muitas vezes sequer existirem à época da contratação; peso da regulação, que impôs aos planos não regulamentados exigências não condizentes com o preço anteriormente calculado, como ressarcimento ao SUS, taxa por atos de saúde suplementar (alteração de rede), estrutura de atendimento, provisões técnicas, entre outras questões; desprezo da RN nº 19/02, que embora em plena vigência, não tem a eficácia admitida por parte deste órgão regulador.

Cumprе ressaltar que a necessidade de revisão técnica da carteira de planos individuais é premente, não pode esperar e nem se submeter a condições e requisitos. Por esse motivo, solicita que o tema seja apreciado em expediente de urgência pelo Comitê de Regulação e Estrutura de Produtos, justamente por ter entre suas premissas a questão da sustentabilidade.

A seguir apresenta-se, de forma esquematizada, as contribuições sobre os demais assuntos propostos pela DIPRO/ANS na reunião realizada em 08 de dezembro deste comitê:

1- Reajuste dos Planos Individuais:

Segundo o exposto na referida reunião, a ANS pretende referenciar a metodologia atuarial denominada *price cap*, um indicador de variação de custos médicos (VCMH), informações dos resultados de planos individuais extraídas do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (Diops), combinadas com fatores de qualidade além de um indicador de produtividade. Não mais seria utilizado o reajuste de planos coletivos como referência.

Primeiramente entende-se salutar a alteração de metodologia, uma vez que a atual, ao considerar apenas os reajustes aplicados aos planos coletivos, não levam em conta a frequência e os custos verificados nos planos individuais.

1 - A utilização do modelo *price cap* proposto é válida, com as seguintes observações:

a) Utilização do VCMH dos planos individuais, com divulgação dos dados utilizados no cálculo;



DRMS 008/18

- b) Ainda que se considere importante induzir a qualidade e produtividade no setor de saúde suplementar, tais indicadores devem ser exaustivamente discutidos com o mercado de saúde suplementar antes de serem atrelados ao reajuste da carteira de planos individuais.

Existem outras formas de estimular qualidade e produtividade. O índice de reajuste deve ter como principal objetivo o equilíbrio econômico financeiro da carteira e a sustentabilidade da operadora.

Quanto à utilização de períodos de apuração do índice de forma trimestral, com utilização de parâmetros anuais, acredita-se ser uma medida positiva, desde que sua publicação ocorra em tempo hábil para operacionalização.

2- Reajuste de Planos Coletivos:

Em relação ao Reajuste de Planos Coletivos, a proposta apresentada pela ANS seria ampliar o pool de risco da Resolução Normativa nº 309/12, de 29 para até 100 vidas.

O mutualismo é o princípio da operação, logo, quanto maior o número de beneficiários numa análise, menor será a oscilação apresentada.

Acredita-se que os índices de reajustes do pool de risco, verificado desde a publicação da RN nº 309/12, apresentaram-se mais elevados em decorrência da quantidade de contratos dentro do pool de risco, e não em razão da quantidade de beneficiários no contrato. Assim, a alteração de 29 para 100 vidas abarcará um número maior de beneficiários no pool de risco favorecendo o mutualismo. Contudo, poderá agravar a perda de contratos saudáveis da operadora.

Desta forma, entende-se como positivo o aumento do número de beneficiários nos contratos de pool de risco, desde que atendidas as seguintes situações:

- a) Possibilidade de mais de um índice, de modo que o total do agrupamento produza um índice médio único, por exemplo: utilizar três índices para o pool de riscos, conforme subgrupos de sinistralidade, por exemplo: i) até 75% de sinistralidade; ii) de 75,01% a 100% de sinistralidade; iii) acima de 100% de sinistralidade.

Estas flexibilizações elencadas para o reajuste do pool é de vital importância e tem intuito de gerar estímulos para o uso consciente, reduzindo seleção adversa e o risco moral tendo por consequência reajustes menores.



- b) Uma outra opção seria determinar um percentual médio de reajuste, com a aplicação de um desvio padrão, para mais ou para menos, conforme a sinistralidade verificada.
- c) Não havendo a possibilidade da flexibilização proposta nos itens “a” e “b” acima, nossa sugestão é de que o novo limite para o pool de riscos seja de **cinquenta (50)** beneficiários.
- d) Que a este novo grupo de 100 (ou de 50) beneficiários, a exemplo do que ocorre atualmente com o grupo de até 29 beneficiários, seja permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, com a devida e necessária alteração da RN nº 195/09.

3- Precificação e Nota Técnica de Registro de Produtos (NTRP):

Sobre Precificação e NTRP, a pretensão da ANS é melhorar os dados exigidos nas notas técnicas atuariais de registro e atualização de produtos.

Ao preencher a IN 08, o atuário informa à agência a precificação a ser realizada na prática. Com exceção do cálculo da taxa de oscilação de risco (teta), não há diferenciação de metodologia na apuração do preço puro ou técnico (coluna “k”).

A ANS já estabelece que o preço técnico é o mínimo. O acréscimo ao preço técnico, que é a diferença entre a coluna “k” e coluna “t” do anexo Ila da RDC 28, refere-se ao carregamento (C) da operadora para pagamento de despesas não assistenciais, como Despesas Administrativas e Comerciais. A limitação de variação de 30% da coluna “t” serve como um limitador de incremento de despesas não assistências.

Entende-se, assim, que a ANS deveria, de fato, avaliar se o preço técnico e a forma de acréscimo das despesas não assistenciais estão corretas. O preço final, que deve ser a coluna “t”, não deve ter limitação. Desde que o limite mínimo (coluna “k”) seja respeitado, não há que se falar em limite máximo, o mercado/concorrência é que determinará a aceitação da variação de custos. Independentemente dos carregamentos não assistenciais, o preço técnico deve ser preservado, podendo ser validado pela ANS, através da Nota Técnica Atuarial e IN 08.

Importante, ainda lembrar, que a variação em relação à coluna “t” deveria considerar, além dos carregamentos não assistenciais, a oscilação do custo por conta de percentuais distintos de coparticipação.



4- Revisão Técnica de Carteiras:

Além das considerações já expostas nesse documento, sobre a necessidade premente de revisão técnica de carteiras para a sustentabilidade do setor, acredita-se que essa medida permitirá a ampliação de oferta dos planos individuais/familiares.

Quando se aborda revisão técnica, novamente é retomado o conceito de mutualismo. O preço calculado é consequência da experiência prévia de um determinado grupo. O preço inicial pode ser estabelecido com outras experiências, entretanto, após a existência da experiência própria, esta é que deve balizar o ajuste do preço.

O custo das despesas assistenciais deve ser garantido pelo grupo existente, logo a aplicação dos conceitos de revisão técnica deve considerar esta premissa. Assim, o Sistema Unimed reitera ser favorável e incentivador da revisão técnica, com a consideração de segmentações específicas. Logo, as defasagens de precificação devem ser aplicadas por plano registrado e não no total da carteira de planos individuais/familiares.

Ademais, a RN nº 19/02, que tem vigência e não eficácia, deve ser imediatamente observada pelo órgão regulador. Muitas carteiras de planos não regulamentados estão altamente deficitárias, por vários motivos, inclusive legais: durante muito tempo, discutiu-se a aplicação da Lei 9656/98 a esses contratos, que somente em 2003 passaram a ser corrigidos conforme respectiva cláusula contratual, após deliberação do Supremo Tribunal Federal na ADIN 1931.

Estas são as ponderações iniciais, mais uma vez requerendo que sejam levadas em consideração, já que têm como principal objetivo a sustentabilidade da saúde suplementar brasileira.

Atenciosamente.



Paulo Roberto de Oliveira Webster

Diretor de Regulação, Monitoramento e Serviços