



Rio de Janeiro, 16 de novembro de 2018.

Ao Senhor

ROGÉRIO SCARABEL BARBOSA

Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos
Avenida Augusto Severo, 84/9º andar - Glória
20021-040 – Rio de Janeiro – RJ

C/C

Sr. RAFAEL PEDREIRA VINHAS

Gerente-Geral de Regulação da Estrutura dos Produtos

C/C

Sra. DANIELE RODRIGUES CAMPOS

Gerente Econômico-Financeiro e Atuarial dos Produtos

Ref.: Contribuições Audiência Pública N°13 – Complementação das recomendações encaminhadas através do Formsus protocolo 43100.10o5GuxCDAo2c.

A AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A., Operadora de Planos de Saúde com registro nesta r. Agência sob o nº 32.630-5, vem apresentar suas contribuições para a proposta de Resolução Normativa que estabelece critérios para cálculo e aplicação do reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados individuais/familiares - Audiência Pública nº 13 .

Inicialmente gostaríamos de parabenizar a equipe técnica da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos pela condução do tema de grande importância para o mercado.

Em razão do formato do formulário, da limitação de caracteres e da impossibilidade de anexar documentos, além da participação eletrônica, optamos pelo protocolo do presente ofício com nossas contribuições para a Audiência Pública nº 13, no prazo legal estabelecido.

Agradecemos a oportunidade de participar deste processo e contribuir para a regulamentação do setor.

Atenciosamente,

AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.

ANEXO I

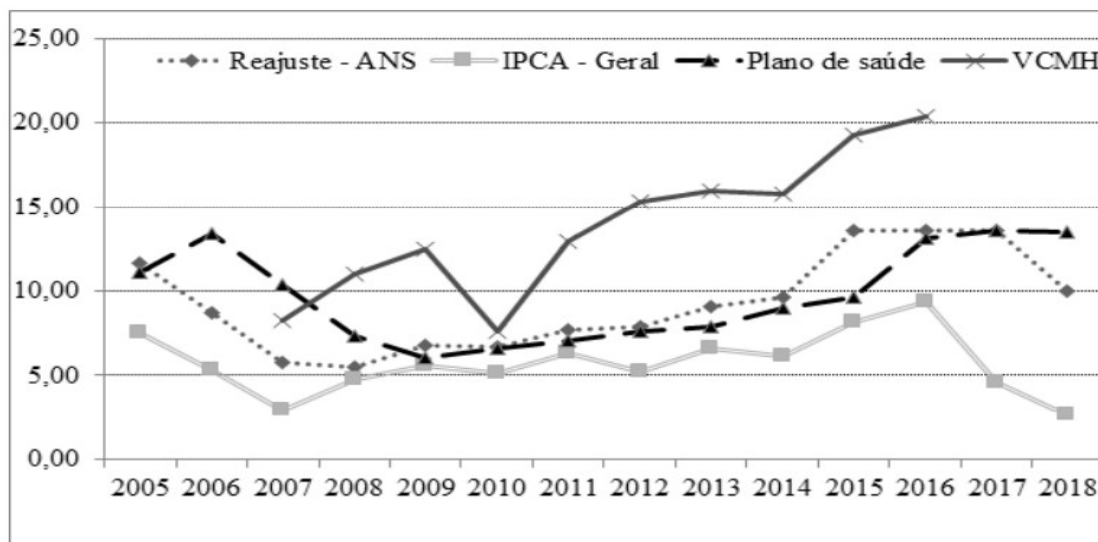
Reajuste de planos individuais no Brasil

I. Introdução

Os planos de saúde individuais existem no Brasil desde antes do advento da Lei 9.656/1998, e passam hoje pelo grande desafio de subsistir diante de uma regulamentação que inibiu o mercado, desde a introdução do controle dos reajustes de preço por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A causa desta falha regulatória decorre do fato de que os índices de reajustes aprovados foram, consistentemente, inferiores aos necessários para cobrir as despesas com utilização, incorridas e futuras, sem haver, contudo, qualquer flexibilidade para que as Operadoras pudessem agir de forma a propiciar a redução e/ou o controle dos aumentos dos custos.

Não obstante, os índices aprovados têm sido elevados para a maioria das pessoas e empresas, cujas receitas não apresentam a mesma velocidade de crescimento. Então, de um lado, temos uma “inflação médica” superior à inflação geral da economia e, de outro, pouca (ou nenhuma) flexibilidade na regulamentação nas ações necessárias para a busca de uma melhor relação custo/benefício.

Figura 1. Inflação e Reajuste dos Planos de Saúde (em %) (2005 a 2018)

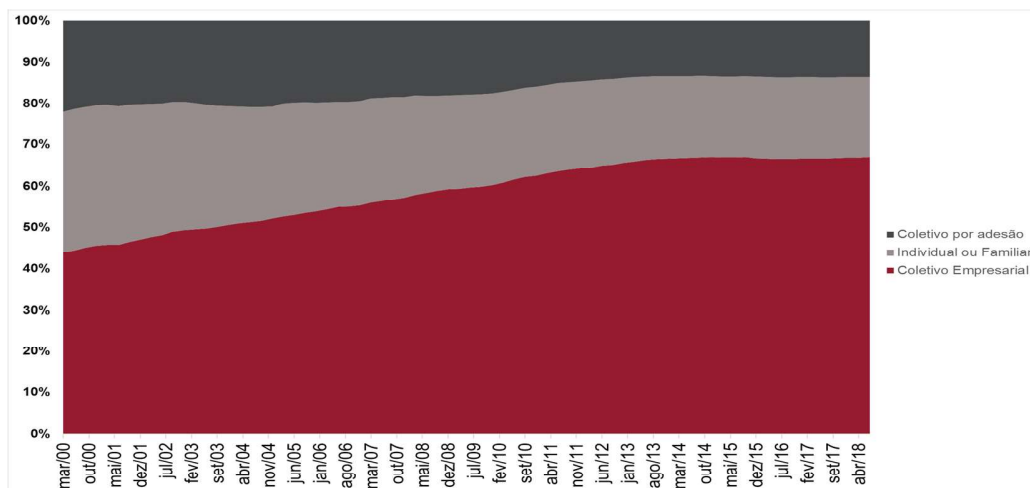


Fonte: ANS e IBGE, elaborado pelo Ministério da Fazenda em nota técnica

Ainda que a intenção do regulador, por meio da imposição de um limite de reajuste, seja resguardar o usuário e, ao mesmo tempo, forçar as operadoras a adotar estratégias para ganhar eficiência na prestação dos serviços ofertados, o efeito da atual regulação tem sido o inverso: escassez do produto e saída de algumas Operadoras do mercado dos planos individuais.

Quando se analisa a composição dos planos ofertados no país, em série histórica (figura abaixo), fica evidente que, apesar do aumento do número total de usuários, houve uma expansão concentrada no segmento de planos coletivos em prejuízo dos planos individuais.

Figura 2. Contratação de planos de saúde por tipo (em milhões)



Fonte: Informação de Beneficiários Sistema/ANS/MS. Última atualização: 05/10/2018. Atualização trimestral, dados disponíveis até julho/2018

Como resolver esse dilema e trazer de volta um produto tão desejado pelo consumidor brasileiro? Em primeiro lugar, é crítico que todos possam reconhecer de maneira clara e transparente o desafio que o setor, como um todo, enfrenta em relação à escalada de custos e que a metodologia de controle dos reajustes reflita essa realidade. Em seguida, é crítico discutir como dar mais sustentabilidade e acessibilidade aos planos de saúde de forma geral.

II. O histórico do controle do reajuste utilizado pela ANS

Desde sua criação, em 2000, a Agência fez mudanças pouco significativas na metodologia de cálculo, desde a implantação do *Yardstick Competition*.

- O modelo baseado no método *Yardstick Competition* objetiva trazer os resultados da competição no mercado de planos coletivos para o mercado de plano individual.
- A ANS considera a média dos reajustes dos planos coletivos com mais de 30 vidas, aplica ajustes na base de dados e publica o índice teto para reajuste de plano individual.

A partir de 2010 ampliou-se a discussão sobre a metodologia, com a instituição de Câmaras Técnicas e Grupos de Trabalho. Aparece, então, o conceito de *price cap*, com o objetivo de introduzir indicadores de melhorias de produtividade, qualidade e eficiência. Mais tarde foi chamado de *value cap*, para incorporar um indicador de preço e frequência e não apenas de

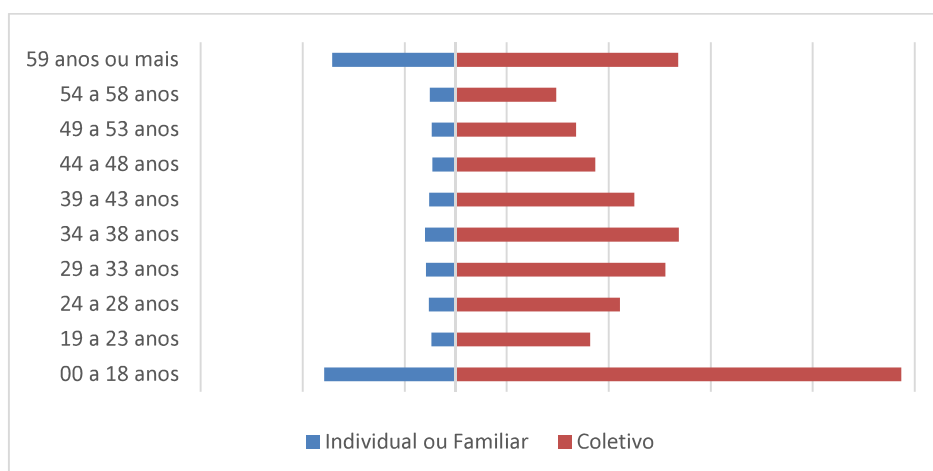
preço. Os debates continuam até hoje e uma nova proposta de modelo de reajuste está sendo analisada neste momento pela ANS, conforme veremos adiante.

Apesar das modificações, um elemento importante permanece na metodologia desde 2001, que é a utilização da média dos percentuais de reajuste aplicados individualmente por cada operadora aos seus planos coletivos. Com isso, a ANS tenta trazer para o ambiente dos planos individuais o poder de barganha que existe no contexto dos planos coletivos, mas não corrige as distorções oriundas das diferenças de perfil dos dois grupos populacionais.

A primeira falha, e a principal, é estrutural, uma vez que a média da variação dos reajustes dos planos coletivos, não necessariamente reflete o aumento dos custos assistenciais. Isso porque, o processo de reajuste dos planos coletivos tem uma característica comercial e não se pauta apenas nas despesas incorridas. As Operadoras, no processo de renegociação de valores, podem diminuir os percentuais de reajuste aplicados, não porque houve redução de despesas, mas porque se negociou, com base no valor acordado, alternativas para a redução do percentual de aumento, como a oferta de um plano de cobertura inferior (*downgrade*) ou a inclusão de um mecanismo de controle, como a coparticipação do usuário nos eventos.

A segunda falha está no fato de que o cálculo do reajuste desconsidera o perfil de risco das populações cobertas. Existem diferenças de custos entre planos coletivos e individuais, relacionadas ao perfil de utilização de cada grupo. Um exemplo é o perfil etário, conforme abaixo.

Figura 3. Beneficiários por faixa etária (planos coletivos x individuais – jun./2018)



Fonte: ANS Tabnet. Último acesso em: 19.10.2018

Diante dessas falhas e do descolamento entre a metodologia de cálculo do reajuste com as circunstâncias relacionadas ao aumento de custos, que vem ocasionando a interrupção da oferta de novos planos individuais no mercado, evidencia-se que a metodologia *Yardstick Competition*, da forma como é utilizada hoje, está esgotada. Essa percepção de inadequação

da metodologia de controle dos reajustes vem sendo registrada pelas Operadoras desde o início de 2010. Atualmente a mesma visão está sendo corroborada pelo posicionamento outros *stakeholders*, como associações de consumidores, o Ministério da Fazenda e a própria ANS. O que culminou com a proposta de revisão da metodologia.

A proposta atual, no entanto, também parece ter limitações que, se não forem adequadamente ajustadas, além de não fomentar o mercado dos planos individuais, podem trazer ainda mais riscos de desequilíbrios ao setor.

III. A nova fórmula proposta pela ANS: aspectos positivos e negativos

A fórmula de cálculo proposta para o Índice de Reajuste dos Planos Individuais (IRPI) é a seguinte:¹

$IRPI = 80\% * IVDA + 20\% * IPCA \text{ Exp.}$

$$IVDA = \left[\left(\frac{1+VDA}{1+VFE} - 1 \right) - FGE \right]$$

IVDA = Índice de Valor das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei 9.656/1998

IPCA Exp. = Índice de Preços ao Consumidor Amplo expurgado do subgrupo 62 (Serviços de Saúde)

VDA = Variação das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei 9.656/1998

VFE = Fator de Variação da Receita por Reajuste de Faixa Etária dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei 9.656/1998

FGE = Fator de Estímulo a Ganhos de Eficiência

OBS.: O FGE será calculado a cada quatro anos

A proposta tem os seguintes méritos:

1. Utiliza, como base de estudo, a experiência do produto que se deseja regular. No caso, os planos individuais pós Lei.
2. Estabelece índices diferentes para as despesas assistências e não assistenciais (método também utilizado em outros mercados) e o indicador 80/20 pode ser uma boa aproximação dos resultados de sinistralidade do setor. Por outro lado, é importante que se diga, ele pode não representar o ponto em que estão algumas Operadoras, o que gera, conseqüentemente, uma distorção da aplicação do reajuste naquela carteira.
3. Ao utilizar a despesa per capita, a metodologia incorpora também a variação da frequência de utilização, fator relevante na composição do aumento dos custos médicos.
4. Ao ponderar os reajustes das Operadoras pelo número de usuários, uma parte do efeito da mudança de composição do mix de produtos (pela mudança dos usuários entre Operadoras) fica mitigada.

¹ Mais detalhes da metodologia podem ser encontrados na minuta de Resolução em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap13/ap13_minuta.pdf

5. Retira o efeito do envelhecimento no aumento dos custos, uma vez que este aumento é recuperado em outro reajuste (o de faixa etária) e a presença dele poderia sobrestimar o reajuste.

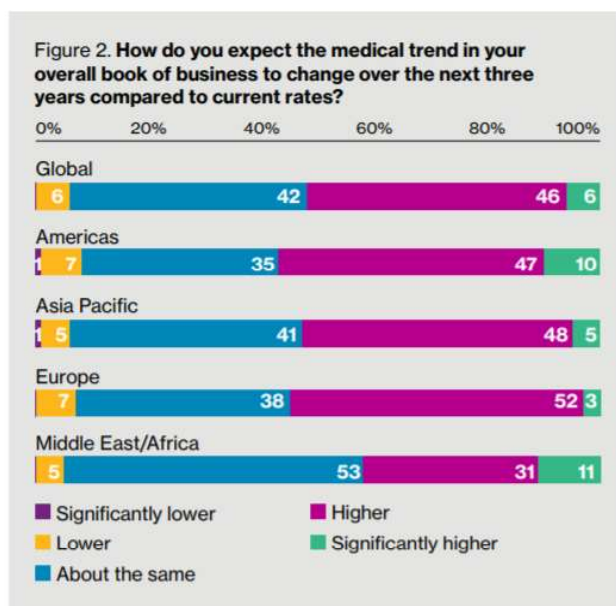
Não obstante, a nova metodologia também tem pontos críticos, que deveriam ser revistos:

1. **Sobre o cálculo da variação das despesas:** outros fatores interferem na variação das despesas *per capita* para além da simples variação dos custos médico hospitalares. Uma das variáveis mais marcantes é o padrão do plano, que, junto com a faixa etária são os fatores mais relevantes na expressão do custo final. Por isso, por exemplo: se um usuário migrou de um plano de padrão de livre acesso – portanto, com custo *per capita* alto – para um plano de padrão de acesso restrito – com custo *per capita* menor –, a variação de custo *per capita* neste período de observação será negativa, mas isso não quer dizer que não houve aumento das despesas assistências no período para o mesmo padrão. O mesmo é válido para outros fatores que interferem no custo final, como o modelo de acesso, a segmentação, a regionalização, presença de coparticipação, etc. É fundamental que o cálculo da variação das despesas (VDA) ajuste a base para comparar produtos com o mesmo padrão ou com padrão similar. A proposta em estudo mitiga este efeito ao calcular a média das variações por Operadora, ponderando este valor pelo número de vidas, mas isso não resolve o problema das migrações de produtos dentro da mesma Operadora.
2. **Sobre a base a ser utilizada (DIOPS):** algumas Operadoras, por razões diversas, possuem variações de despesas *per capita* muito amplas (positivas ou negativas). Pode ocorrer no início de uma operação, nas vendas de carteira, nas aquisições, etc. É de suma importância que se analise e sejam retirados da base os *outliers*, utilizando-se para isso uma metodologia de tratamento estatístico, como o *box plot*, por exemplo. É óbvio que os *outliers* a serem retirados podem estar nos dois extremos de variação, positiva ou negativa.
3. **Sobre o fator de eficiência:** pelo fato de ser um índice médio, ele já incorpora o desafio de algum ganho de eficiência, uma vez que existirão Operadoras acima da média. Um fator adicional irá impor desafios a um segmento já deficitário na maioria das Operadoras.
4. **Sobre o fator de faixa etária:** a exclusão deste efeito é justa, uma vez que existem cláusulas contratuais que preveem esse reajuste além do reajuste anual. Todavia, utilizar a base de receita pode não ser adequado uma vez que considera que os preços estão justos e suficientes. Isso pode não ser verdade, em especial para planos com precificação antiga, cuja probabilidade de defasagens e inadequações é maior. A metodologia também não prevê solução para Operadoras com grande concentração de vidas em idades acima de 59 anos, onde não existirá mais reajuste por faixa etária, em função do Estatuto do Idoso. Nossa recomendação é que o estudo de impacto da variação de faixa etária seja feito sobre as despesas, e que se considere alguma flexibilidade em função do perfil etário de cada Operadora.

5. **Sobre a ausência de um índice técnico de reajuste:** em função de todo o exposto e da dinâmica de crescimentos dos custos médicos, incluindo mudanças no próprio perfil epidemiológico das populações, é impossível fazer preços solventes no longo prazo e que um índice único de reajuste seja capaz de reequilibrar as carteiras. Uma previsão para a revisão técnica (que já é prevista na regulamentação, mas não aplicada), embasada em estudos atuariais e financeiros, precisa ser incorporada no processo de reajuste. Um dos efeitos da falta do reajuste técnico é, por exemplo, as carteiras antigas e deficitárias que passam a ser subsidiadas pelos novos usuários. Nesta direção o sistema acabará por não atrair novas pessoas, ou pode, até mesmo, excluir os mais jovens.

IV. O verdadeiro desafio é muito maior do que encontrar um índice adequado

Os custos com assistência médica no Brasil e no mundo crescem a uma velocidade superior à inflação geral de preços. O que significa que as economias não estão conseguindo acompanhar o crescimento dos custos médicos para manter e ampliar o acesso das pessoas aos sistemas de saúde. Além disso, não existem previsões nos mercados para a redução deste desafio no curto e médio prazo. Uma pesquisa da consultoria *Willis Towers Watson* fez essa pergunta, em 2017, às empresas de Planos de Saúde no mundo e mais da metade das empresas respondeu que o custo estará maior ou muito maior nos próximos 3 anos, conforme quadro que segue:



A incorporação de novas tecnologias no campo da medicina, associada aos incrementos do perfil de utilização (que podem ser medidos pelo aumento da frequência dos serviços) e o envelhecimento das populações formam as bases para a formatação deste dilema.

A base da precificação de um plano de saúde está no conceito mutualista, onde todos pagam uma quantia independentemente do uso para que alguns possam utilizar os serviços quando deles precisam. Assim, o mutualismo resolveu a questão do acesso aos serviços mais caros

e complexos, mas não resolveu as chamadas “falhas de mercado”. A principal delas é a assimetria de informação:

Assimetria de informação: os diversos agentes da cadeia da saúde suplementar não têm o mesmo nível de informação para que tomem as suas decisões. Um exemplo claro é a relação entre o paciente e o médico, onde o primeiro tem informações limitadas sobre seu estado de saúde e a decisão sobre as alternativas de tratamento cabe ao médico, que tem o conhecimento técnico necessário para escolher o tratamento adequado. Mercados assimétricos abrem espaço para comportamentos oportunistas, como o risco moral e a seleção adversa.

Risco Moral: quando o tomador dos serviços não é o mesmo que arca com os custos existe incentivo à sobre utilização dos serviços. Os preços praticados, tendo como base essa premissa, podem estar acima do ótimo, uma vez que a alocação dos recursos está sofrendo os efeitos do desperdício.

Seleção Adversa: agentes propensos a utilizar os serviços são os que costumam procurar os planos. A seleção adversa é comum a todos os ramos de seguro e as empresas precisam ajustar suas operações para mitigar o risco desta falha de mercado.

Para responder às falhas de mercado, as Operadoras precisam lançar mão de diversos elementos e práticas de gestão para mitigá-las e otimizar a alocação dos recursos que são limitados. Por exemplo: é importante que o usuário indique sua condição de saúde na sua declaração de saúde, assim, as Operadoras podem fazer o seu exercício de adequação das carências.

Não obstante há que se proteger os usuários de práticas abusivas e danosas, pois as falhas de mercado também podem deixar os usuários desprotegidos. E esta é uma função importante e que cabe a todos os atores do sistema.

Outro fator que atua como uma falha de mercado é o modelo de remuneração dos serviços médico-hospitalares, que não contempla a qualidade ou o resultado em sua equação e acaba por reforçar o grande desafio de alocação correta dos recursos. Num sistema complexo, cuja cadeia possui diversos atores com interesses conflitantes, o chamado “pagamento por serviço”, também conhecido como *fee-for-service*, em inglês, gera incentivos econômicos apenas e tão somente para o maior volume e/ou para o maior valor individual. Não existe relação entre a remuneração do prestador e qualquer outro fator como qualidade, experiência do cliente ou resultado aferido.

Em resumo, um sistema com falhas de mercado, de livre acesso, que paga por serviços, sem foco na qualidade e que incorpora novas tecnologias quase que a cada minuto, terá seus custos sempre crescentes, de forma desenfreada, e o futuro pode ser cruel. Na medida em que as populações crescem e envelhecem é necessário pensar sobre como garantir o acesso no sentido amplo (assistencial e financeiro). Como garantir a inclusão com segurança de mais pessoas e empresas nos planos de saúde?

V. Considerações finais e recomendações

Entendemos a relevância do setor evoluir com a conclusão desta discussão e que nenhuma metodologia, contudo, será perfeita. Portanto, com a nova metodologia proposta endereçando as preocupações expostas anteriormente haveria uma boa base para o cálculo do reajuste dos planos individuais, que, além de demonstrar, de forma transparente e justa, o reflexo do que acontece no mercado, buscaria preservar o equilíbrio técnico e financeiro das carteiras e a sustentabilidade do setor.

Em resumo as recomendações mais importantes:

- **Aumentar a assertividade do cálculo do VDA para que ele reflita a realidade dos produtos e do setor, sem os efeitos indesejados de outras variáveis como padrão de plano, fator moderador, etc.**
- **Retirar o Fator de Eficiência do cálculo, neste primeiro momento, e aprofundar o estudo do seu conceito e aplicação. Nesse ínterim, haveria tempo para uma melhor avaliação do impacto regulatório da utilização do VDA nos comportamentos das Operadoras e usuários.**
- **O índice a ser utilizado na variação das despesas não assistenciais deveria ser cheio e não expurgado, pois isso refletiria melhor o que realmente acontece na prática. O índice expurgado, além de não existir (o que contraria o princípio de transparência), não é utilizado nos reajustes dos contratos e despesas no dia a dia das operações.**
- **Como a grande maioria das carteiras estão em situação de desequilíbrio técnico atuarial, é crítico para a sustentabilidade que o momento “zero” se inicie a partir deste ponto de equilíbrio. Uma revisão técnica de cada situação é imprescindível para garantir que a nova metodologia proposta seja, além de inclusiva, sustentável.**

Uma recomendação adicional seria a de separar a realidade dos produtos (e, conseqüentemente, seus reajustes) em suas principais categorias. Alguns exemplos: produtos com modelo de acesso verticalizado, produtos com coparticipação, produtos de acesso aberto e de livre escolha. Misturar produtos diferentes pode gerar desigualdades para quem os adquiriu. E quanto mais acrescentarmos produtos com novos modelos de gestão nos portfólios das Operadoras, maior desigualdade pode ser gerada.

Não obstante, por se tratar de um índice acima da capacidade de absorção de usuários e empresas, é urgente que o regulador retome a discussão dos mecanismos de gestão de custos e qualidade, flexibilizando a utilização de ferramentas de controle por parte das Operadoras.

Em nosso entendimento, os planos individuais somente retomarão um crescimento sustentável em um ambiente competitivo se forem minimizadas as intervenções exógenas que engessam o desenho dos planos/produtos pelas Operadoras e as obrigam a absorver custos para os quais jamais existiu previsão formal – seja ela contratual ou financeira (preço).

Os desafios atuais e futuros para os sistemas de saúde no mundo, independentemente se públicos ou privados, são enormes. É um setor de importância econômica e social indiscutível. No Brasil, a projeção da situação atual simplesmente revelará um cruel retrato: o crescimento dos custos numa velocidade em que a economia e, portanto, a capacidade de pagamento dos

financiadores, sejam pessoas ou empresas, se esgotará em algum momento. Seria um sistema excludente e injusto...Um serviço tão essencial e importante para as pessoas precisa de reformas urgentes.

Que esta reflexão caminhe no sentido de contribuir para o debate das soluções de um sistema de saúde inclusivo e sustentável, melhor para todos.

Referências bibliográficas

1. Site ANS – Dados e Indicadores do Setor. Disponível em:
<http://ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>.
2. Pesquisa Global Trends Survey da Willis Towers Watson 2017: Disponível em:
<https://www.willistowerswatson.com/en/insights/2017/05/2017-global-medical-trends-survey-report>.
3. Estudo IESS/Insper e Escola Nacional de Seguros (2017) – A Cadeia de Saúde Suplementar no Brasil – por Paulo Furquim Azevedo, Vanessa Boarati, Sílvia Faga de Almeida, Nobuiki Costa Ito, Carolone Raiz Moron, William Inhasz, Fernanda Rousset.
4. Parecer técnico atuarial de Luiz Roberto Coutinho de Gouvêa – fevereiro, 2018.
5. Relatório consultoria Prospectiva preparado para UHG Brasil – novembro, 2018.

Lais Perazo
Diretora Técnica
Amil Assistência Médica Internacional S/A