

**REUNIÃO TÉCNICA DE ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES PARA O
APRIMORAMENTO DAS REGRAS DE ALTERAÇÃO DE REDE HOSPITALAR,
APRIMORAMENTO DA NOTA TÉCNICA DE REGISTRO DE PRODUTOS - NTRP E
ESTRUTURAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICA PARA REVISÃO TÉCNICA**

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS - DIPRO

**Secretaria de Fazenda
Rio de Janeiro, 13 de fevereiro de 2020**

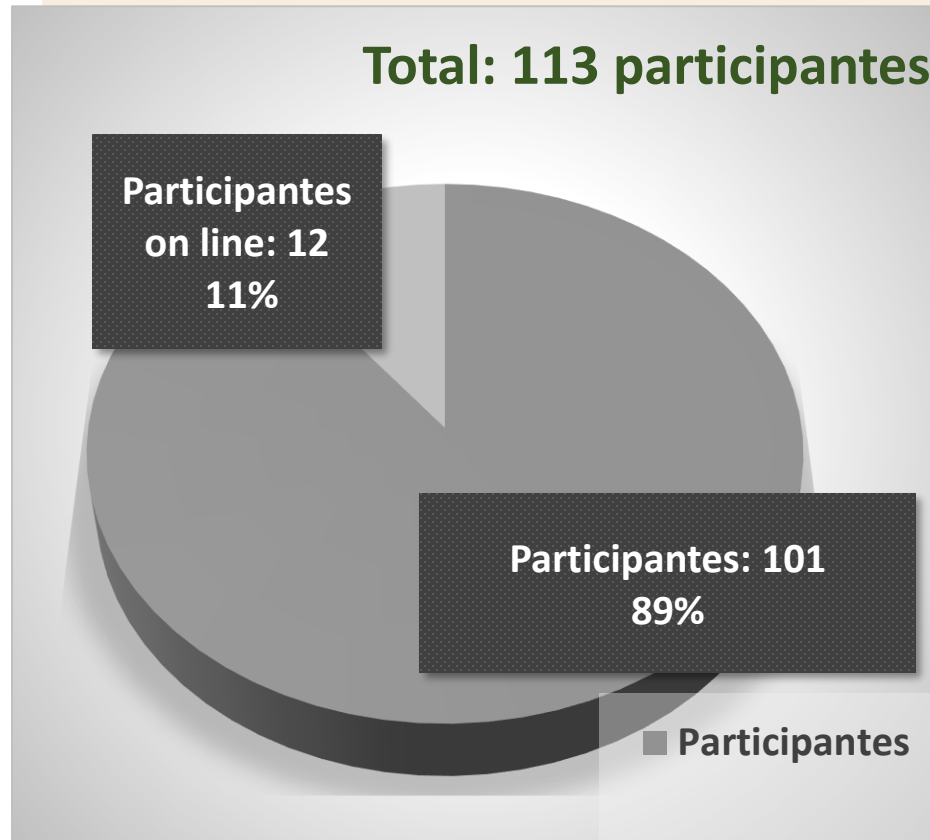
AGENDA REGULATÓRIA 2019-2021
TEMAS DA DIPRO

- Acesso a planos privados de assistência à saúde;
- Aperfeiçoamento das regras sobre a transferência de carteiras;
- Aperfeiçoamento dos critérios para alteração de rede hospitalar;
- Aprimoramento das regras de notificação de inadimplência e regulamentação de suspensão;
- Aprimoramento da Nota Técnica de Registro de Produtos;
- Estruturação e desenvolvimento de política para revisão técnica.

Diálogos sobre Agenda Regulatória

REUNIÕES E PARTICIPANTES

Total de Participantes e Segmento do Setor



Contribuições após Reuniões

- Contribuições via formulário eletrônico por temas:

Escolha o assunto da contribuição:

Escolha quantos assuntos quiser. Haverá um campo para cada assunto

- Tema 1 - Acesso a planos privados de assistência à saúde
- Tema 2 - Aperfeiçoamento das regras sobre transferência de carteiras;
- Tema 3 - Aperfeiçoamento dos critérios para alteração de rede hospitalar
- Tema 4 - Aprimoramento das regras de notificação de inadimplência e regulamentação de suspensão
- Tema 5 - Aprimoramento da Nota Técnica de Registro de Produtos
- Tema 6 - Estruturação e desenvolvimento de política para revisão técnica

- Para:

→ *Identificação de problemas*

→ *Possíveis causas e consequências*

→ *Como resolver*

→ *Quais os resultados esperados*

APERFEIÇOAMENTO DOS CRITÉRIOS PARA ALTERAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

Fundamentação Legal

- Regulamentação do artigo 17, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998
- As análises dos pedidos para alteração de rede hospitalar são realizadas com base nos entendimentos dispostos na Nota 393/2010/GGEOP/DIPRO/ANS, que teve o objetivo de uniformizar os critérios de análise das solicitações de alteração de rede hospitalar por substituição e por redução, e na Nota 315/2015/GGREP/DIPRO/ANS, que complementou a primeira nota citada com relação aos critérios de substituição de prestador hospitalar.

Sistema de Alteração de Rede Hospitalar - Total de Solicitações

Período: **07/02/2018 a 31/12/2019**

17.092 solicitações

383 operadoras diferentes

De 07/02/2018 a 31/12/2018

7.019 solicitações

247 operadoras diferentes

15.989 alterações

Redimensionamento – 15.894

Interesse da Operadora: 1.635

Interesse do prestador: 430

Encerramento de Atividades: 3.129

Rescisão de contrato coma operadora intermediária: 10.700

Substituição - 95

De 01/01/2019 a 31/12/2019

10.073 solicitações

324 operadoras diferentes

50.968 alterações

Redimensionamento – 50.519

Interesse da Operadora: 20.010

Interesse do prestador: 1.065

Encerramento de Atividades: 9.641

Rescisão de contrato coma operadora intermediária: 19.803

Substituição - 449

DAS CONTRIBUIÇÕES RECEBIDAS

Das Contribuições

→ *Identificação de problemas*

- O redimensionamento só é admitido se o prestador não tiver tido internação nos últimos 12 meses
- Falta de equivalência entre as regras para exclusão de prestador não hospitalar e hospitalar
- A substituição exige idêntica quantidade de leitos e não considera a utilização
- A regra para alteração de rede não considera o fator qualidade
- Regulação idêntica para operadoras com perfis diferenciados
- Falta de manutenção da rede inicialmente contratada – Insatisfação do Beneficiário

Das Contribuições

→ *Possíveis causas*

- Falta de regras claras para as análises de alteração de rede
- Alteração de Rede hospitalar e não hospitalar possuem regras distintas
- Excessiva rigidez nas regras para alteração de rede hospitalar
- Falta de normativo para unificar todas as regras
- Descredenciamentos constantes
- Beneficiário não é comunicado de forma eficaz

Das Contribuições

→ *Possíveis consequências*

- As regras atuais não estimulam a concorrência
- As regras atuais não estimulam a ampliação de recursos próprios
- As regras atuais não estimulam a qualificação do prestador
- Insatisfação do consumidor que é surpreendido com constantes alterações na rede contratada
- Impacto nos custos operacionais e administrativos para as operadoras
- Descontinuidades assistenciais

Das Contribuições

→ *Como resolver*

- Revogação do critério que considera internação nos últimos 12 meses como requisito para redimensionamento
- Fim das regras de alteração de rede e regulação através do cumprimento dos prazos de atendimento
- Considerar na substituição prestador já integrante mas que sofreu ampliação
- Melhorar os critérios de equivalência na substituição e incluir a qualidade
- Consultar os beneficiários antes de promover as alterações na rede
- Manutenção dos tratamentos em andamento quando do descredenciamento
- Regras específicas para alteração de rede hospitalar pelas Autogestões
- Aproximar as regras para descredenciamento de rede hospitalar e não hospitalar
- Possibilidade de Portabilidade

Das Contribuições

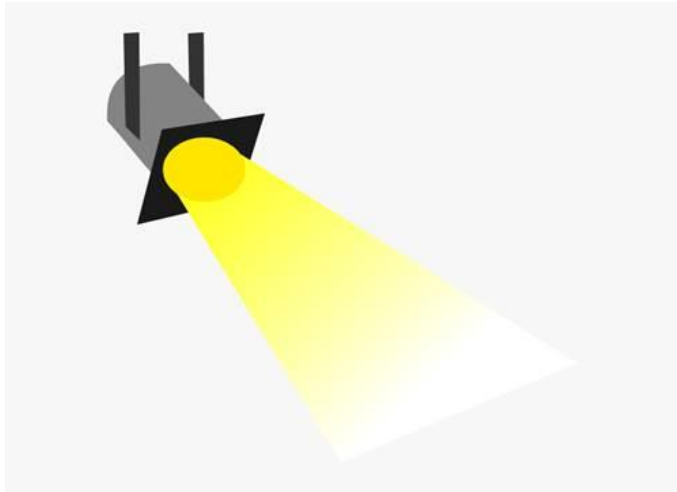
→ *Quais os resultados esperados*

- Segurança do beneficiário quanto a rede inicialmente contratada
- Beneficiário informado
- Transparência e unificação das regras de alteração de rede (hospitalar e não hospitalar)
- Menor judicialização
- Estímulo à concorrência
- Fomento à qualificação dos prestadores
- Redução dos custos regulatórios para operadoras e para a própria ANS
- Continuidade do cuidado quando das alterações de rede

ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES RECEBIDAS

DAS CONTRIBUIÇÕES SOBRE

Aperfeiçoamento dos critérios para alteração de rede hospitalar



Após a análise das contribuições recebidas, a proposta de novos critérios para alteração de rede hospitalar terá como foco:

- (i) Na substituição de rede hospitalar, comparar apenas os serviços hospitalares e considerar suas utilizações;
- (ii) Desconsiderar a regra atual, que apenas permite o redimensionamento quando não houver qualquer internação nos últimos dozes meses;
- (iii) A manutenção do atendimento, em casos específicos, no caso de descredenciamento do prestador hospitalar;
- (iv) Possibilidade de o beneficiário realizar portabilidade no caso de descredenciamento de prestador hospitalar;
- (v) O descredenciamento dos serviços de Urgência e Emergência situados dentro de entidades hospitalares seguirão regras específicas.

DA SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADORES HOSPITALARES

SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADORES HOSPITALARES

Regra Atual

A análise consiste na comparação direta e quantitativa dos recursos presentes e contratados pela operadora no estabelecimento a ser excluído e os recursos presentes e contratados pela operadora no estabelecimento a ser incluído, conforme o anexo I-A da IN nº 46/2014.

Anexo I-A

Formulário para Solicitação de Substituição de Entidade Hospitalar

1. Identificação da operadora solicitante

Razão Social:	Registro ANS:

2. Identificação do prestador que pretende excluir (informar apenas um prestador por anexo)

Razão social ou Nome fantasia	CNPJ	CNES	Município	UF	Tipo de Contratação:		Motivação para a exclusão:
					<input type="checkbox"/> direta		<input type="checkbox"/> interesse da própria operadora <input type="checkbox"/> interesse exclusivo do prestador <input type="checkbox"/> encerramento das atividades do prestador <input type="checkbox"/> rescisão contratual entre o prestador e a operadora intermediária (rede indireta)
					<input type="checkbox"/> indireta	Registro da operadora intermediária:	

3. Identificação do prestador hospitalar indicado para inclusão (informar apenas um prestador por anexo)

Razão social ou Nome fantasia	CNPJ	CNES	Município	UF	Relação com a entidade hosp.	Tipo de Contratação	Data de Contratualização	Data de início da prestação dos serviços	Disponibilidade dos serviços
					<input type="checkbox"/> próprio	<input type="checkbox"/> direta	_/_/___	_/_/___	<input type="checkbox"/> total
					<input type="checkbox"/> contratualizado	<input type="checkbox"/> indireta			Registro da operadora intermediária:

4. Comparativo dos Serviços Contratados

	Nº Leitos totais (exceto UTI)	Nº Leitos UTI - Adulto	Nº Leitos UTI - Pediátrica	Nº Leitos UTI - Neonatal	Urgência e Emergência 24h	Ecocardiografia	Endoscopia das vias aéreas	Endoscopia das vias digestivas	Hemodinâmica	Medicina nuclear	Ressonância nuclear magnética	Teste ergométrico	Tomografia computadorizada	Ultrassonografia	Litotripsia extracorpórea	Quimioterapia	Radiofísica intervencionista	Radioterapia	Terapia renal substitutiva	Videolaparoscopia	Ultrassom Doppler Colorido	Atendimento em Hospital-dia
Prestador a ser excluído																						
Prestador a ser incluído																						

Nota-se que dentre os recursos a serem comparados, encontram-se serviços hospitalares e não hospitalares.

SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADORES HOSPITALARES

A comparação será feita para os seguintes tipos de internação e atendimentos de U/E, disponíveis na TISS:

- Internação Psiquiátrica;
- Internação Obstétrica;
- Internação Clínica;
- Internação Cirúrgica;
- Internação Pediátrica
- Internação em UTI Neonatal;
- Internação em UTI Pediátrica;
- Internação em UTI Adulto;
- Atendimento Urgência e Emergência Adulto; e
- Atendimento Urgência e Emergência Pediátrico.

SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADORES HOSPITALARES

- O prestador substituto deverá dispor dos serviços hospitalares contratados na entidade hospitalar a ser excluída, em que tenha ocorrido utilização nos últimos 12 meses. A avaliação também levará em consideração o atendimento de urgência e emergência para fins de equivalência na substituição;
- Será possibilitada a contratação de outra(s) entidade(s), de forma complementar, para fins de substituição de serviços hospitalares que não constem no prestador substituto;
- Será possibilitada a indicação de mais de uma entidade hospitalar para exclusão, desde que estejam localizadas no mesmo Município.
- Os prestador substituto deverá estar localizado no mesmo município da entidade hospitalar a ser excluída. Em caso de indisponibilidade ou inexistência poderá ser indicado prestador em município limítrofe ou na Região de Saúde;
- O prestador substituto poderá ter sido incluído na rede do produto há até 90 dias da data da exclusão do prestador a ser substituído, desde que não tenha sido utilizado em outra substituição;
- A operadora poderá indicar prestador para substituição já pertencente à rede assistencial do produto desde que tenha havido ampliação de serviços hospitalares anteriormente não prestados ou não contratados, nos últimos 90 dias.

DO REDIMENSIONAMENTO POR REDUÇÃO DE PRESTADORES HOSPITALARES

REDIMENSIONAMENTO POR REDUÇÃO DE PRESTADORES HOSPITALARES

Atual

De acordo com o artigo 5º da IN/DIPRO nº 46, de 2014, a alteração de rede hospitalar por substituição ou redimensionamento por redução poderá ser motivada por:

- interesse da própria operadora de planos de assistência à saúde;
- interesse exclusivo da entidade hospitalar;
- encerramento das atividades da entidade hospitalar; ou
- rescisão contratual entre a entidade hospitalar e a operadora intermediária, nos casos de contratação indireta.

- Nota 393/2010/GGEOP/DIPRO/ANS, que teve o objetivo de uniformizar os critérios de análise das solicitações de alteração de rede hospitalar por substituição e por redução,
- Nota 315/2015/GGREP/DIPRO/ANS, que complementou a primeira nota citada com relação aos critérios de substituição de prestador hospitalar.

REDIMENSIONAMENTO POR REDUÇÃO DE PRESTADORES HOSPITALARES

Proposta

Constituirá impacto sobre a massa assistida, conforme previsão do art. 17 da Lei nº 9.656/98, a exclusão de entidades hospitalares responsáveis por 80% dos atendimentos na região de saúde do prestador que está sendo excluído, nos últimos 12 meses, para os planos objeto do redimensionamento.

Plano 000.000/00-1

Rede hospitalar do plano

Hospital 1 – Região de Saúde A

Hospital 2 – Região de Saúde B
Hospital 3 – Região de Saúde C
Hospital 4 – Região de Saúde B
Hospital 5 – Região de Saúde A
Hospital 6 – Região de Saúde B
Hospital 7 – Região de Saúde A
Hospital 8 – Região de Saúde C
Hospital 9 – Região de Saúde A
Hospital 10 – Região de Saúde B

Avaliação da utilização dos hospitais integrantes da Região de Saúde A

Hospital 1 – Nº de internação
Hospital 5 – Nº de internação
Hospital 7 – Nº de internação
Hospital 9 – Nº de internação

80% das internações do plano na Região de Saúde A

Resultado da Análise do pedido de Redimensionamento por exclusão do Hospital 1:
INDEFERIDO

REDIMENSIONAMENTO POR REDUÇÃO DE PRESTADORES HOSPITALARES

NÃO SE APLICARÁ A ANÁLISE DE IMPACTO À MASSA ASSISTIDA

- Nas exclusões de prestador hospitalar ocasionadas por:
encerramento de atividades da entidade hospitalar
rescisão contratual entre a entidade hospitalar e a operadora intermediária (rede indireta)

EXCLUSÃO PARCIAL DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONTRATADOS

- Nas entidades hospitalares cujo redimensionamento por redução ocasione impacto sobre a massa assistida não será permitida a exclusão parcial de serviços hospitalares.

EXCLUSÃO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Para os serviços de Urgência e Emergência situados dentro de entidades hospitalares, a exclusão deverá obedecer a nova regra de exclusão parcial de serviços

ALTERAÇÃO DE REDE HOSPITALAR POR REDUÇÃO E SUBSTITUIÇÃO

MANUTENÇÃO DO ATENDIMENTO

- Assegurar que na hipótese de o credenciamento ocorrer **durante período de internação** do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora a pagar as despesas, diretamente ao prestador, até a alta hospitalar, desde que a transferência para outro hospital não seja possível, conforme critério do médico e com a concordância do paciente ou familiares.
- Assegurar que as **gestantes** que desejem realizar o parto no hospital que foi descredenciado no período da sua gestação, sejam lá atendidas para este fim e que a operadora pague as despesas, diretamente ao prestador, até a alta hospitalar.
- Assegurar que os pacientes, **no caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos** realizados em ambiente hospitalar, permaneçam sendo atendidos nos hospitais que foram descredenciados, após o início do tratamento, até que seja possível a transferência do tratamento para outro prestador, a critério do médico assistente e com a concordância do paciente ou familiares.

ALTERAÇÃO DE REDE HOSPITALAR POR REDUÇÃO E SUBSTITUIÇÃO

PORTABILIDADE em função da descredenciamento de prestador hospitalar, no caso de o beneficiário desejar

- Independente do tempo de permanência no plano
- Para os descredenciamentos que ocorrerem no município de contratação do plano
- O prazo para solicitar a PORTABILIDADE será de até 90 dias, contados da exclusão do prestador da rede
- Alteração do art. 8º da RN nº 438, de 03 de dezembro de 2018.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vale destacar:

- ✓ A importância de uma regulamentação para o tema, ratificando a opção acertada do órgão regulador em escolher o referido tema para debate na Agenda Regulatória 2019/2021;
- ✓ A efetiva participação da sociedade civil e dos entes regulados.

Sendo assim,

- ✓ Sugere-se que a proposta final seja implementada por meio normativo, uma vez que a intenção é regulamentar o art. 17 da Lei 9.656/98 e trazer transparência para as regras.

NOTA TÉCNICA DE REGISTRO DE PRODUTOS E ESTRUTURAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICA PARA REVISÃO TÉCNICA

NOTA TÉCNICA DE REGISTRO DE PRODUTOS

NOTA TÉCNICA DE REGISTRO DE PRODUTO - NTRP

O que é: Instrumento regulatório de Precificação Inicial dos planos de saúde

- **Importância:**

- ❖ Apropriar o órgão regulador das estimativas de preços praticados pelas operadoras.

- **Insumo:**

- ❖ Guia de Planos ANS – Portabilidade;

- ❖ Painel de Precificação.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO E CONTRIBUIÇÕES

Como melhorar a informação fornecida à sociedade sobre os preços de comercialização dos planos de saúde?

Como garantir que os preços de comercialização sejam sustentáveis do ponto de vista econômico-financeiro, em todos os tipos de contratação?

Como melhorar a precificação dos planos de saúde?

O tamanho do intervalo de comercialização está adequado?

DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

Nota Técnica de Registro de Produto

- **Fundamentação Legal:**

- **Lei nº 9.961/2000, artigo 4º, incisos XVI, XXI, XXIV e XXXII**, compete à ANS monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos, exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso e adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor.

- **Normativos ANS:**

- **RDC nº 28/2000**, instituiu a Nota Técnica de Registro de Produto – NTRP, que é o documento que justifica a formação inicial dos preços dos planos de saúde.

- **RN nº 183/2008**, dispõe sobre a periodicidade de atualização e dos limites de comercialização.

- **RN nº 304/2012**, estende a obrigatoriedade do documento aos planos coletivos com formação de preço pré-estabelecida.

**DAS CONTRIBUIÇÕES SOBRE A
NOTA TÉCNICA DE REGISTRO DE PRODUTO**

Das Contribuições sobre Aprimoramento da NTRP

Identificação do problema:

4 entre as 6 entidades apontaram que existe algum problema relacionado à NTRP.

Problemas apontados:

- Existência de poucos beneficiários por produto;
- Formatação atual acomoda apenas o modelo “fee for service”;
- Ausência da data inicial de validade;
- Necessidade de envio de correspondência para alteração de status de produto devido à NTRP;
- Ausência de ferramenta para disponibilização das informações enviadas;
- Apenas uma NTRP por produto (exceto regionalizadas).

Das Contribuições sobre Aprimoramento da NTRP

Causas:

- Permissão de se registrar inúmeros planos por operadora;
- Alteração das características do produto ser quase impossível;
- Modelo atual acomoda apenas o modelo de remuneração “fee for service”;
- Defasagem do formato de envio (Excel);
- Vigência da NTRP: passa a valer a partir de seu envio;
- Não indicação, no arquivo, do atuário responsável;
- Ausência de integração tecnológica com a informática - lentidão nos fluxos processuais;
- Sistema operacional e regras da ANS.

Das Contribuições sobre Aprimoramento da NTRP

Consequências:

- Planos pulverizados, sem mutualismo, com reflexos no reajuste;
- Alto custo transacional e regulatório;
- Dificuldade de preenchimento da NTRP, exigindo adaptações, em detrimento de precisão com a precificação;
- Possibilidade de preenchimento dos dados por profissional não habilitado;
- Falta de integração tecnológica;
- Impossibilidade de as operadoras comercializarem o mesmo produto com diferentes níveis de coparticipação e reembolso com a mesma NTRP, tendo que registrar vários produtos.

Das Contribuições sobre Aprimoramento da NTRP

Soluções propostas:

- Mutualismo efetivo entre as carteiras;
- Simplificação de registro de produto;
- Mudança no formato do arquivo para conter dados mínimos de despesa por exposto;
- Mudança no agrupamento de despesas (basear na TUSS);
- Não exigência de dados históricos de custo médio por beneficiário (não remetendo ao “fee for service”);
- Contemplar em novo modelo de NTRP que um único produto seja operado com diferentes combinações de fator moderador, de maneira que ele terá diferentes custos por exposto;
- Inclusão de campo “início de vigência” dos preços;
- Integração tecnológica com a informática, gerando maior celeridade nos fluxos processuais;
- Permissão de envio de mais de uma NTRP por produto (para diferentes níveis de coparticipação e reembolso).

Das Contribuições sobre Aprimoramento da NTRP

Resultados Esperados:

- Menor impacto de reajuste nos produtos;
- Redução de custo transacional e regulatório;
- Maior fidedignidade e transparência dos dados enviados;
- Responsabilização do atuário que elaborou a NTRP;
- Padronização dos dados, com a correta classificação dos procedimentos;
- Maior celeridade aos fluxos processuais a partir de integração tecnológica com a informática;
- Facilitação do cumprimento dos limites de comercialização;
- Não necessidade de registro de vários produtos.

REVISÃO TÉCNICA DE PREÇOS DOS PLANOS INDIVIDUAIS

FUNDAMENTAÇÃO SOBRE REVISÃO TÉCNICA

Revisão Técnica de Preços de Planos Individuais

- **Fundamentação Legal:**

- **Art. 4º, incisos XVII e XVIII da Lei 9.961, de 2000:**

Compete à ANS:

(...)

XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda;

XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;

(...)

Revisão Técnica de Preços de Planos Individuais

RDC Nº 27, de 26 de junho de 2000 (Revogada)

Define Revisão Técnica como o conjunto de medidas com vistas à correção de desequilíbrios na carteira de planos privados de assistência à saúde que possam comprometer a liquidez e a solvência da operadora, mediante remodelagem integral ou parcial dos produtos, combinada ou não com o reposicionamento dos valores das contraprestações pecuniárias.

- *Aplicável as todas as formas de contratação;*
- *Foco na correção de desequilíbrios que comprometam a solvência da Operadoras;*
- *Priorizava a remodelagem de produtos em relação a revisão dos preços.*

RN Nº 19, de 11 de dezembro de 2002 (Suspensa)

Define Revisão Técnica como correção de desequilíbrios nos planos privados de assistência a saúde, mediante reposicionamento dos valores das contraprestações pecuniárias, mantidas as condições gerais do contrato.

- *Aplicável as planos individuais contratados antes da vigência da Lei 9.656/98;*
- *Foco na correção de desequilíbrios decorrentes de variação de custos assistenciais ou da frequência de utilização;*
- *Apresentação de pelo menos 1 alternativa sem a revisão de preços.*

CONTRIBUIÇÕES APÓS REUNIÕES

Das Contribuições sobre Revisão Técnica de Preços dos Planos Individuais

Identificação do Problema:

1. A política de reajuste de planos individuais criou desequilíbrios para um conjunto de operadoras, não permitindo que essas empresas recomponham a totalidade da variação de suas despesas médicas;
2. Aumento do peso dos idosos na carteira de planos individuais associada a uma estrutura de preços baseada em limites para promover um pacto intergeracional;
3. Carteiras insolventes no mercado dos planos individuais, em alguns casos com mais de 100% de sinistralidade;
4. Má gestão da carteira;
5. Operadoras poderiam utilizar do mecanismo para preservar carteiras mais rentáveis e onerar as menos rentáveis, transferindo assim todo o risco de sua operação para os beneficiários;
6. Parcela dos planos individuais se encontra com sinistralidade muito elevada, afetando a sustentabilidade de operadoras.

Das Contribuições sobre Revisão Técnica de Preços dos Planos Individuais

Causas:

1. Custos de decisões judiciais por cobertura de procedimentos não previstos no contrato;
2. Dificuldade na projeção de custos futuros no momento da precificação;
3. Elevado prazo de permanência dos beneficiários de produtos individuais associada a incorporação de procedimentos e tecnologias não previstos na precificação inicial;
4. Envelhecimento de beneficiários associado aos limites de variação de preço entre as faixas etárias e a existência de um teto de reajuste financeiro anual podendo levar carteiras ao desequilíbrio econômico-financeiro;
5. Índice máximo de reajuste dos planos individuais ser único, refletindo uma média de mercado;
6. Má gestão das operadoras e transferência do risco do negócio para o consumidor.

Das Contribuições sobre Revisão Técnica de Preços dos Planos Individuais

Consequências:

1. A revisão técnica pode ocasionar uma seleção de risco nas carteiras, em razão do aumento de preços em carteiras com maior sinistralidade;
2. Aumento da ineficiência na gestão das operadoras devido à garantia da revisão técnica dos preços;
3. Aumento do subsídio de carteiras equilibradas para carteiras desequilibradas;
4. Comprometimento de equilíbrio atuarial de carteiras;
5. Comprometimento da sustentabilidade das operadoras;
6. Redução de oferta de planos individuais.

Das Contribuições sobre Revisão Técnica de Preços dos Planos Individuais

Soluções propostas:

1. Agência deve cobrar mais eficiência na gestão dos planos;
2. Aumentar o limite de 6 vezes entre o valor da 10ª e 1ª faixa etária previsto atualmente na RN nº 63, por ser a tendência observada na comparação dos custos per capita e por faixa etária de diversos grupos de planos, para reduzir a necessidade de reajustes anuais cada vez mais elevados;
3. Discutir os 4 temas que compõem a Política de Preços e Reajustes de Planos de Saúde de forma correlacionada (Precificação; Reajustes de Planos Individuais; Revisão Técnica de Preços dos Planos Individuais e Reajustes de Planos Coletivos);
4. Munir beneficiários de informações que os possibilite avaliar os resultados econômicos da carteira e a pertinência da proposta de revisão de preços;
5. Possibilitar a revisão técnica por grupos de produtos homogêneos e definidos pelas operadoras;

Das Contribuições sobre Revisão Técnica de Preços dos Planos Individuais

Soluções propostas (continuação):

1. Possibilitar a revisão técnica de preços com intervalo de 4 anos entre as revisões e para operadoras com determinado tamanho mínimo de carteira;
2. Possibilitar alterações na rede prestadora de serviços, nos fatores moderadores de utilização ou no modelo de atenção do produto no lugar de uma revisão de preços;
3. Reajuste da Revisão com teto de 20% a.a. (já contendo o índice anual da ANS), a ser aplicado ao longo dos anos;
4. Revisar a estrutura atual de faixas etárias, abrindo novas faixas que permitam reajustes acima de 59 anos;
5. Possibilitar a revisão técnica de preços com diferimento da diferença entre o reajuste técnico e o da ANS, até a próxima apuração do reajuste técnico, de forma a não penalizar o beneficiário e ele ter uma previsão do máximo anual a ser aplicado;
6. Verificar antes da eventual revisão de preços, participação da Operadora em programas de promoção da saúde, organização do cuidado e adequação dos preços de venda a Nota Técnica vigente à época da comercialização.

Das Contribuições sobre Revisão Técnica de Preços dos Planos Individuais

Resultados esperados:

1. Equilíbrio do setor de saúde suplementar e maior oferta e acesso a planos individuais;
2. Garantia da sustentabilidade de produtos individuais ao longo do tempo;
3. Maior eficiência das operadoras na gestão dos planos de saúde, uma vez que não poderão repassar os custos dessa ineficiência aos beneficiários;
4. Redução do subsídio entre produtos gerando mais acesso aos planos a um preço justo, que seja equivalente ao risco e às características do produto;
5. Redução na constituição de provisões relacionadas a insuficiência de prêmios com melhora no quadro financeiro das operadoras.

ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES

Análise das contribuições

- Consultorias Atuariais destacam o processo de envelhecimento da população combinado a estrutura de preços e reajustes como um fator de risco a sustentabilidade dos produtos e justificativa para a regulamentação da Revisão Técnica;
- Operadoras e suas entidades representativas destacam a necessidade do desenho de um modelo de Revisão Técnica que permita a criação de grupos homogêneos de produtos pelas próprias operadoras (safas de produtos).
- Órgãos de Defesa de Consumidor e Cidadãos externam preocupação em relação a uma possível "transferência de risco" aos beneficiários por meio da Revisão Técnica.

Análise das contribuições

A partir das contribuições foi possível identificar questões que necessitarão ser aprofundadas no prosseguimento das discussões.

- Riscos do negócio e Equilíbrio Econômico-Financeiro;
- Mutualismo e Adequação do preço do produto ao perfil de risco;
- Subsídios cruzados e Seleção de risco; e
- Revisão de Preços e Aumento da Eficiência.

QUESTÕES GERAIS

A concepção de **risco do negócio** está atrelada ao conceito de responsabilidade que um empreendedor assume quando decide iniciar uma empresa, através da oferta de bens ou serviços ao mercado de consumo.

Contudo, a insuficiência de receitas para cobertura dos custos de operação do plano de saúde leva ao **desequilíbrio econômico–financeiro da carteira** e ao risco de descontinuidade dos serviços prestados.

QUESTÕES GERAIS

O **mutualismo** consiste na reunião de pessoas para constituição de um fundo comum e que objetiva financiar o pagamento de indenizações de um determinado tipo de risco.

A eventual insuficiência de receitas desse fundo leva à discussão sobre a necessidade de **adequação do preço do plano de saúde ao perfil de risco observado**.

QUESTÕES GERAIS

Subsídio cruzado é a compensação de perdas na operação de bens ou serviços cujos preços sejam inferiores ao custo através da elevação de preços de outro bens ou serviços.

Quando uma operadora decide elevar o preço do plano de novos entrantes acima do seu perfil de risco para compensar perdas incorridas em produtos já contratados, há uma espécie de subsídio.

Apesar da Teoria estabelecer riscos de ineficiência trazidos pela incorreta sinalização de preços gerada pelos subsídios cruzados, dentre as quais a **seleção adversa**, a eliminação desses subsídios pode levar a **seleção de risco**, através da revisão diferenciada de preços dos grupos de beneficiários com maior perfil de utilização.

QUESTÕES GERAIS

A **revisão de preços** das mensalidades deve ser combinada com apresentação de alternativas que **umentem a eficiência das operadoras**, tais como participação em programas de promoção da saúde, organização do cuidado, novas comercializações que preservem o sustentabilidade do pacto intergeracional, entre outras medidas.

PONTOS IMPORTANTES

- A excepcionalidade da Revisão Técnica;
- O estabelecimento de contrapartidas das operadoras com vistas ao aumento de eficiência; e
- A aplicação do índice de revisão ao conjunto de beneficiários da carteira de planos individuais.

PRÓXIMOS ENCAMINHAMENTOS

→ **Prazo para envio de Contribuições:**

20/03

(ggrep.dipro@ans.gov.br)

→ **Análise de Impacto Regulatório – AIR**

Submissão à Consulta Pública

Obrigado!



Disque ANS
0800 701 9656



Central de
Atendimento
www.ans.gov.br



Atendimento pessoal
12 Núcleos da ANS.
Acesse o portal e
confira os endereços.



Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos
0800 021 2105



ans.reguladora



[@ANS_reguladora](https://twitter.com/ANS_reguladora)



[ansreguladora oficial](https://www.youtube.com/ansreguladoraoficial)



[company/ans_reguladora](https://www.linkedin.com/company/ans_reguladora)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL