

# **Grupo Técnico para discussão do Novo Modelo de Reajuste para os Planos de Saúde Individuais/Familiares**

03 de Fevereiro de 2011 – 1ª reunião do Grupo Técnico

# Pauta da Apresentação

- ❑ Propostas da ANS para um novo modelo de reajuste
  - ❑ Modelo de Longo Prazo.
  - ❑ Modelo de Curto Prazo.
  
- ❑ Manifestação dos Atores do Setor
  
- ❑ Discussão de objetivos específicos, recursos, metas, cronogramas e divisão de tarefas.

# Incentivos à Produtividade e Eficiência

## Modelo Price-Cap

$$R = I_s - X + Y$$

$I_s$  = Índice setorial

$X$  = Produtividade/Eficiência (fator endógeno)

$Y$  = Fator fora da governabilidade (fator exógeno)

# Propostas ANS

Alternativa	Vantagens	Desvantagens
<p><b>Modelo de Longo Prazo – Fronteira de Eficiência</b></p> <p>: Índice Setorial (<b>Índice I</b>)            + Fronteira de Eficiência de Produção das OPS  <b>(Fator X)</b>            + Eventos Exógenos (<b>Fator Y</b>)            Por Região, Porte ou Modalidade.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modelagem estruturada com visão de longo prazo.</li> <li>2. Variáveis instrumentais permitem monitorar/ induzir o aumento da eficiência técnica das OPS.</li> <li>3. Suporte microeconômico.</li> <li>4. ANS pode ganhar algum tempo para definir o Fator X:            Ano 2011: Fator X = 0.  <b>Ano 2012: Fator X &gt; 0.</b></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lenta implementação:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Necessidade de mapeamento da <b>matriz insumo- produto</b> (variáveis críticas) da Saúde Suplementar.</li> <li>b) Necessidade de identificar os <i>inputs</i> mais correlacionados com os <i>outputs</i> do sistema.</li> <li>c) Complexas rotinas computacionais para estimar a fronteira eficiente (métodos DEA, SFA).</li> <li>d) Poucas experiências de aplicação dessa metodologia na saúde suplementar.</li> </ol> </li> </ol>
<p><b>Modelo de Curto Prazo – Regionalização do Índice Setorial</b></p> <p>RPC anual da OPS por Região (Fator I)            +Eventos Exógenos (<b>Fator Y</b>)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fácil implementação.</li> <li>2. Fator de eficiência implícito (poder de negociação dos contratantes);</li> <li>3. Considera diferença entre as regiões, sendo um avanço em relação ao método atual : <b>RPC único</b> para todas OPS.  <b>Fator X = 0.</b></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não usa outros fatores indutores de eficiência.</li> <li>2. Aplica eficiência média do mercado coletivo no mercado individual.</li> </ol>

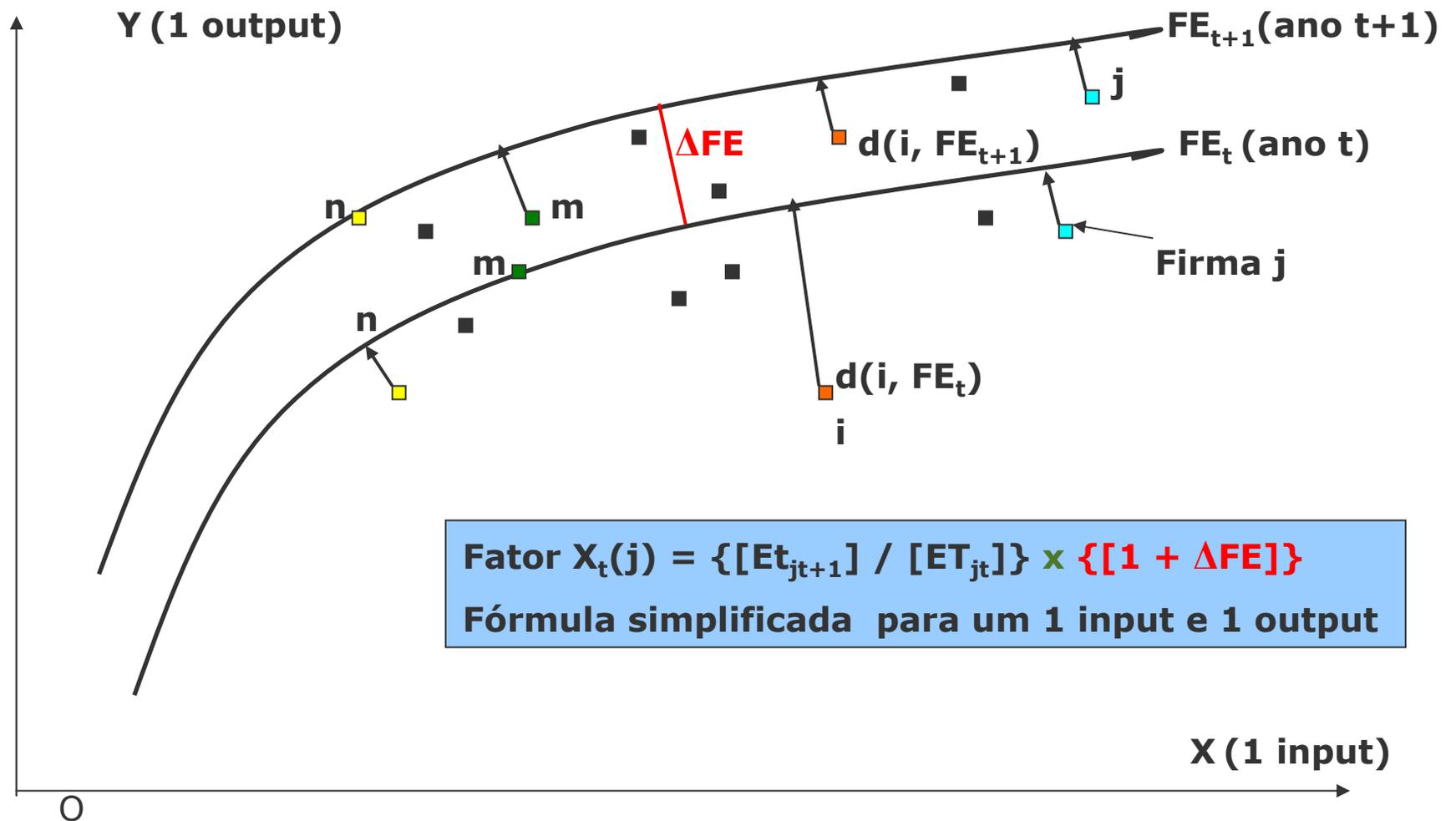
# Fronteira de Eficiência de Produção: Proposta Inicial para a Saúde Suplementar

Tabela II: Matriz Insumo-Produto: Indicadores (*proxies*) preliminares em análise

<b>Inputs (X<sup>i</sup>)</b>	<b>Fonte</b>	<b>Outputs (Y<sup>i</sup>)</b>	<b>Fonte</b>
[Garantias financeiras e prov. técnicas]/ beneficiário	DIOPS	<b>1.</b> Var. do nº de beneficiários (expostos)	SIB, SIP
[Total de consultas por ano] / beneficiário	SIP	<b>2.</b> Índice de permanência do beneficiário	Prog.Qual.
Preço médio da consulta	SIP	<b>3.</b> 1/Índice de desistência do beneficiário	Prog.Qual.
Grau de concorrência (C4, HHI) da principal praça da principal Região onde a operadora atual	SIB	<b>4.</b> 1/Índice de reclamações ANS, conforme o registro formal dos beneficiários	Site da ANS
[Despesa com internações] / beneficiário	DIOPS	<b>5.</b> IDSS sem índice econômico-financeiro	Prog.Qual.
[Despesa com exames] / beneficiário	DIOPS	<b>6.</b> 1/Processo negativa de cobertura DLP	GGRAS
[Despesa com consultas] / beneficiário	DIOPS	<b>7.</b> 1/(Ressarc.ao SUS / beneficiário)	DIDES
Despesa Administrativa / Despesa Médica (EIL)	DIOPS	<b>8.</b> Pesquisa de opinião auditada	Mercado
Taxa de investimento em TI (% da receita)	TISS	<b>9.</b> 1/Índice de demandas judiciais (instâncias superiores e estaduais)	Sites Poder Judiciário
Taxa de invest. em PROMOPREV (% da receita)	GGRAS		
Taxa de invest. acreditação da rede (% da receita)	DIOPE		
Índice de turn-over da rede / médicos conveniados			
Índice de glosas			

# Modelo de Longo Prazo: Fronteira de Eficiência de Produção

Gráfico I: Fronteira Eficiente de Produção: Índice de Malmquist (Fator X)



# Modelo de Curto Prazo: Regionalização do Índice Setorial da Saúde Suplementar

Segundo Hoffman (1998) índices de preços são proporções estatísticas idealizadas para comparar a situação de um conjunto de variáveis em épocas e LOCALIDADES DIVERSAS.

Dentre as justificativas para a regionalização de um índice estão as diferenças na composição e quantidades consumidas de uma cesta de produtos ou serviços em cada região.

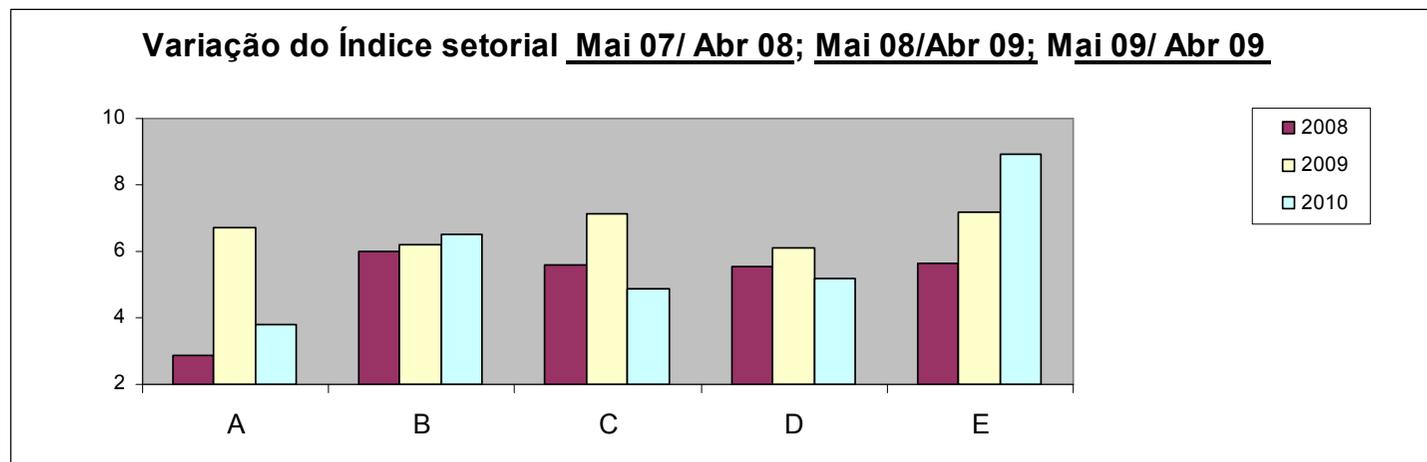
**Na Saúde Suplementar, a regionalização do Índice Setorial buscaria reconhecer o impacto de diferenças na concentração de operadoras, concentração de beneficiários, dentre outras, na variação de custos.**

Os resultados da regionalização são apresentados a seguir:

# Regionalização do Índice Setorial da Saúde Suplementar

Região	Abr 2008	Abr 2009	Abr 2010	Acum.	PIB per capita 2008
A	2,87%	6,73%	3,81%	13,98%	R\$ 20.372
B	6,01%	6,23%	6,53%	19,97%	R\$21.183
C	5,58%	7,11%	4,88%	18,61%	R\$18.258
D	5,54%	6,08%	5,20%	17,78%	R\$10.216
E	5,66%	7,16%	8,92%	23,32%	R\$7.488

- Há uma diferença da ordem de 10 pontos percentuais entre a região com menor e maior reajuste acumulado no período (regiões A e E).
- A região que apresenta menor PIB per capita é a que apresenta maior percentual de reajustes comunicados no período.



# Regionalização do Índice Setorial - Distribuição de Beneficiários de Planos Coletivos pelas regiões SIB

62% dos beneficiários vinculados a planos coletivos são considerados no cálculo do reajuste regionalizado. Esse número sobe para 75% quando é calculada a média nacional, em razão da utilização dos contratos onde a UF não foi identificada. Os 25 % restantes são excluídos em razão do critério de 50 vidas, eliminação da retroalimentação do índice, além da aplicação do *Box Plot*.

Região	Quantidade operadoras com beneficiários na região	Total de beneficiários em planos coletivos considerados na prévia do RPC (Dez/2010)	Total de beneficiários em planos coletivos – SIB (Set/2010)
Norte	458	463.176	959.635
Nordeste	644	1.404.040	3.322.631
Centro-Oeste	943	1.346.968	1.658.094
Sudeste	637	14.505.735	21.499.504
Sul	602	2.246.129	4.713.709
Não identificada	-	4.003.830	-
Brasil	1.065	23.969.878	32.153.573

Fontes: Caderno de Informações de Saúde Suplementar\_Base de dados de Jun/2010 e Sistema de Comunicado de Reajuste de Planos Coletivos

# Regionalização do Índice - Distribuição de Beneficiários de Planos Coletivos por UF – Dez/10

Região	UF	N.º de Contratos	N.º de Beneficiários	N.º de Beneficiários da Região	Desvio Padrão do Índice de Reajuste
Norte	AC	11	<b>3.349</b>	463.176	10,40
	AP	34	<b>11.232</b>		
	AM	516	270.644		
	RO	40	<b>13.332</b>		
	RR	4	<b>415</b>		
	TO	42	<b>10.688</b>		
	PA	386	153.516		
Nordeste	AL	141	44.080	1.404.040	2,58
	BA	2.935	631.892		
	CE	614	182.235		
	MA	60	<b>31.365</b>		
	RN	251	<b>84.911</b>		
	PE	751	279.918		
	PI	83	<b>24.420</b>		
	PB	189	<b>81.565</b>		
	SE	102	<b>43.654</b>		
Centro-Oeste	DF	682	1.068.330	1.346.968	1,03
	GO	521	138.612		
	MT	447	<b>85.473</b>		
	MS	214	<b>54.553</b>		
Sudeste	SP	31.595	11.033.552	14.505.735	1,92
	RJ	3.656	1.917.142		
	ES	678	227.112		
	MG	3.740	1.327.929		
Sul	PR	2.365	931.115	2.246.129	2,97
	RS	2.112	786.051		
	SC	1.187	528.963		
SUBTOTAL				19.966.048	
Não Identificado		3.960	4.003.830	4.003.830	
Brasil		51.486	21.296.558	23.969.878	

❑ Das 27 unidades federativas, 13 apresentam menos de 100.000 vidas em contratos coletivos utilizados para o cálculo do reajuste.

❑ Os contratos desses 13 estados somam apenas 444.957 beneficiários, enquanto os 14 restantes, 19.521.091.

❑ O desvio padrão na Região Norte é elevado, em razão da existência de poucos contratos com índices de reajustes apresentando valores extremos.

Fonte: Sistema RPC - Período de Jan a Dez/2010

# Manifestação dos Atores

# Proposta ABRAMGE

## ❑ Comentários em relação às propostas da ANS

- ❑ Não é favorável ao modelo baseado no Price-Cap, pois considera inaplicável na Saúde Suplementar a sistemática de yardstick competition combinada ou não com teto de preço ou de valor. Porém, apóia a regionalização do índice baseado na média dos reajuste dos contratos coletivos, exclusivamente em 2011, e desde que associado a um mecanismo de revisão de preços.

## ❑ Modelo

- ❑ Sugere a construção de um novo índice setorial (Índice de Preços de Laspeyres), baseado em uma amostra de operadoras de regiões pré-estabelecidas. Além disso, propõe um mecanismo de revisão tarifária, através de uma planilha de custos, segregada nos grandes itens assistenciais (Consultas, Exames, Internações, Terapias)

## ❑ Críticas

- ❑ O atual mecanismo de reajuste dos planos de saúde é baseado na variações de preço e frequência (Índice de Valor). Um índice de preços, conforme proposto, poderia estar mais afastado da necessidade das operadoras do que o atual índice. Além disso, o mecanismo de Revisão Técnica ou Tarifária, baseado em planilha de custos encontra-se suspenso e era previsto essencialmente para contratos anteriores a Lei 9.656/98 (RN 19/02).

## ❑ Potencialidades

- ❑ O método de Laspeyres pode ser utilizado na construção de um índice de valor, a partir do DIOPS, por exemplo. A regionalização do índice também pode ser aplicada em outras metodologias.

# Proposta Unimed Brasil

## ❑ Comentários em relação às propostas da ANS

- ❑ Entende que a regulação de reajustes não é mais necessária ao setor, devido a existência de grande número de operadoras no país e a ampliação do mecanismo da portabilidade. Também não é favorável ao modelo *Price-Cap*, pois entende que qualquer benefício de redução de custos seria repassado exclusivamente aos consumidores.

## ❑ Modelo

- ❑ Sugere o cálculo de um índice de variação de custos a partir do DIOPS segmentado por tamanho da operadora, segmentação de produtos, tipo de contratação, tipo de acomodação, e banda de preços (+) um mecanismo de ajuste de preços para corrigir incidência de eventos exógenos (introdução rol de procedimentos, epidemias.etc).

## ❑ Críticas

- ❑ Implicitamente está subentendida a idéia de um mercado de competição nacional, quando alguns estudos (SEAE, CEDEPLAR/UFMG) revelam que a dimensão geográfica seria um município ou grupo de municípios. Além disso, a Portabilidade atualmente é restrita a planos individuais novos ou adaptados e sua ampliação, em curso, não contempla migração para planos coletivos (à exceção da portabilidade especial).

## ❑ Potencialidades

- ❑ A segmentação do índice por tipo de contratação pode ser implementada a partir do DIOPS, conforme sugerido. A medição do efeito de eventos exógenos pode ser realizada através do fator Y.

# Proposta FENASAÚDE

## ❑ Comentários em relação às propostas da ANS

- ❑ É contrária a política de controle de reajustes, sugerindo que a ANS atue nos incentivos a concorrência/redução da assimetria de informação. Também é contrária a proposta de regionalização do índice setorial calculado a partir dos contratos coletivos, pois entende que atuais distorções da metodologia seriam majoradas.

## ❑ Modelo

- ❑ Propõe liberação do reajuste em mercados competitivos e para os outros, um modelo de reajuste que contemple 2 parcelas: a) Custos não gerenciáveis, compostos pelas despesas assistenciais e corrigidos por um índice setorial, calculado a partir da planilha de custos de um grupo de empresas segmentadas por porte, produtos e regiões; b) Custos Gerenciáveis, compostos por despesas administrativas e operacionais, corrigidos por um índice geral de preços (+) um mecanismo de revisão de preços.

**Valor do Prêmio =  $(Pa \times Ia) + (Pb \times (Ib - X + Y))$ , onde**

- ❑ Pa = Parcela dos Custos não gerenciáveis (Despesas Assistenciais)
- ❑ Ia = Variação dos Custos não gerenciáveis
- ❑ Pb = Parcela de Custos Gerenciáveis (Operacionais, Administrativas, etc)
- ❑ Ib = Variação de um índice geral de preços
- ❑ X = Fator de Produtividade dos Custos Gerenciáveis
- ❑ Y = Fator de Intensidade da Concorrência

## ❑ Críticas

- ❑ A proposta consiste em um modelo próximo ao repasse de custos assistenciais, que representam entre 75% e 80% dos prêmios da cobertura médico-hospitalar. O modelo de planilha de custos já mostrou-se de difícil operacionalização, mesmo com o agrupamento de empresas.

## ❑ Potencialidades

- ❑ Propõe a segmentação do índice por regiões, tipos de planos ofertados e tamanho de empresas, o que pode ser utilizado em outras metodologias

# Considerações -Federação Brasileira dos Hospitais

- ❑ Propõe um modelo que contemple incentivos a remuneração dos prestadores, satisfação dos beneficiários e desempenho econômico e administrativo. O fator de eficiência poderia bonificar/punir as operadoras de acordo com os reajustes dado a seus prestadores, qualidade assistencial apurada, desempenho econômico-financeiro e índice de queixas.

# Considerações - PROTESTE

- ❑ Sugere que os estudos para implementação de um novo modelo estejam associados a avaliação da capacidade de pagamento dos beneficiários e das tendências de expansão/retração dos mercados, que afetam o equilíbrio econômico-financeiro das empresas.
- ❑ Sugere a avaliação do impacto da distribuição de idosos entre as modalidades de operadoras no cálculo do fator de eficiência para evitar que as operadoras busquem a melhoria da eficiência, via exclusão de idosos da carteira.
- ❑ Sugere a realização de simulações para cálculo do índice setorial em períodos anteriores, para efeitos de comparação e avaliação do impacto para os consumidores.
- ❑ Propõe fatores de produtividade que evitem a concentração de mercado, destacando a importância de um indicador de suficiência de rede e ajustes no fator X relacionados a região de atuação, oferta de prestadores e modalidade de operação.
- ❑ Chamou a atenção para que se evitasse a dupla contabilização do efeito de eventos exógenos, considerando a metodologia utilizada para o cálculo do índice setorial

# Considerações – PROCON e IDEC

- ❑ Sugere uma política de reajustes que observe a capacidade de pagamento dos beneficiários e sua ampliação aos planos coletivos.
- ❑ Entende que o Fator X da metodologia *Price Cap* deva estar relacionado a indicadores de qualidade.
- ❑ Citou a necessidade da ANS aperfeiçoar os critérios para apuração de alguns indicadores relacionados à qualidade, como suficiência de rede e satisfação do beneficiário.
- ❑ Chamou a atenção para que se evitasse a dupla contabilização do efeito de eventos exógenos, considerando a metodologia utilizada para o cálculo do índice setorial.

# Questões para o Grupo Técnico

- Quais são as fragilidades e potencialidades do atual modelo de reajuste?*
- Existe alguma alternativa viável para substituição do modelo atual?*
- Dada as alternativas possíveis, vale a pena mudar ?*