

São Paulo, 26 de julho de 2018.

À

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

DIPRO – Diretoria de Produtos

GGREP – Gerencia Geral Regulatória da Estrutura dos Produtos

Ref.: Contribuições acerca do tema de Reajuste de Planos para Pessoas Físicas, conforme abertura na Audiência Pública realizada nos dias 24 e 25 de julho de 2018

A/C.: Dra. Simone Sanches Freire

Prezados Senhores,

Conforme solicitado verbalmente no decorrer da Audiência Pública ocorrida nos dias 24 e 25 de julho de 2018 apresentamos nossa análise do modelo proposto, bem como as contribuições pertinentes.

1. Considerações

Aprendemos ao longo dos anos de mercado regulado pela ANS que a existência de um único fator de reajuste das carteiras de planos de saúde pessoa física, sobre o qual a operadora pouco ou nenhuma influência poderá ter afastado os “players” deste mercado. A carteira de planos individuais claramente é afetada por fatores adicionais no seu comportamento de despesa assistencial, mais suscetível às fragilidades da economia e com risco de envelhecimento populacional mais agravado, apenas para citar alguns exemplos.

Não vemos sentido em repetir este modelo que ignora a micro realidade de cada operadora e premia a ineficiência de processos, pois uma certeza podemos ter: a média, moda, mediana ou qualquer indicador estatístico sempre representará um fator superior para uns e inferior para outros.

A ausência de possibilidade de uma busca por recuperação econômica quando um negócio não está equilibrado inviabiliza o interesse econômico por este mercado. É uma regra simples, baseada no fato de que vivemos em uma economia capitalista e a saúde suplementar, para existir, depende do interesse do setor privado em explorar a atividade econômica, sendo a regulamentação uma importante barreira a ser considerada. Caso

permanença em vigência critérios de reajuste único e independente da real necessidade para o equilíbrio das carteiras, não há incentivo para que o investidor privado passe a se interessar em atuar neste segmento. Caso esta agência permaneça firme no propósito de manter um modelo com índice único de reajuste, recomendamos a regulação em conjunto de mecanismo de **revisão técnica**, que permita por meio de uma ferramenta adequada a busca pelo equilíbrio econômico e permita que o segmento de planos de saúde individuais volte a ser atrativo para o setor privado. Em essência a determinação do preço de um plano de saúde é realizada pelo atuário para o cenário de 12 meses de vigência. Por outro lado, supor que um preço seja sustentável por prazo indeterminado, sem a devida avaliação técnica atuarial, é supor o inviável.

Em particular quanto a metodologia proposta para cálculo do VCMH, este considera para a apuração de beneficiários o número de ativos em uma determinada competência. Já com relação a despesa assistencial, pela definição da norma proposta, considera os sinistros avisados, sem respeitar os sinistros efetivamente ocorridos na mesma competência, vejamos:

$$VCMH_{ind}^{ta} = \frac{\left(\frac{DMH_{DIOPS}^{ta}}{BEN_{SIB}^{ta}}\right)}{\left(\frac{DMH_{DIOPS}^{ta-1}}{BEN_{SIB}^{ta-1}}\right)}$$

→ DMH definido com base em aviso e registro contábil, sem respeitar o evento que de fato foi devido, quando se o objetivo é avaliar a variação por beneficiário de um período a outro deveria considerar-se o valor por competência. Uma forma de reconhecimento seria a inclusão dos eventos ocorridos e não avisados.

→ BEN com base em ativos por competência, independente de seu direito ao acesso. Uma forma mais adequada seria considerando o número de expostos, ou seja, o número de pessoas que realmente tem direito a cobertura.

Adicionalmente observa-se que passa a considerar exclusivamente dados da carteira de planos individuais regulamentados, contudo na realidade da maior parte das operadoras seus reajustes de planos individuais não regulamentados também são dependentes de um indicador que vier a ser publicado/autorizado pela ANS, havendo aqui um descompasso dos dados considerados em comparação com o mercado regulado.

Ao considerar a fórmula total, por metodologia de *price cap*, percebemos uma falha de princípios, pois o modelo *price cap* aplica-se a mercados monopolizados, com o princípio

de estímulo na busca por melhor eficiência de gestão, não sendo sequer comparável ao mercado da saúde suplementar que, além de privado, está diluído em mais de setecentos *players*. Adicionalmente com relação a formulação proposta temos a considerar:

$$FRPI_{ta} = VCMH_{ind}^{ta} * \left(\frac{1}{FFE_a}\right) * \left(\frac{1}{FGP_a}\right)$$

→ FFE corresponde a variação aplicada em razão da alteração de faixa etária, quando o preço dos planos é elaborado atuarialmente de forma independente para cada faixa de risco, não podendo confundir-se ajuste por mudança de faixa de risco com o reajuste anual. Além disto o perfil de alteração por faixa de risco por operadora pode ser muito distinto.

→ FGP representa a média de variação de produtividade do país considerados nos últimos 4 anos, contudo em nada guarda relação com os eventos assistenciais do setor. Não há coerência na utilização deste fator, pois representa apenas um fator de desconto, sem nexo causal com a realidade econômica dos planos individuais

Certamente os princípios norteadores da nova proposta de método de cálculo para reajuste de planos individuais devem ser respeitados: transparência, sustentabilidade e concorrência. Mas não haverá estímulo à ampliação da concorrência caso o agente regulador persista em determinar a existência desta modalidade de planos ao fadado prejuízo no longo prazo, na verdade causará o contrário, a derrocada de atuais *players* com sua consequente retirada deste segmento, a exemplo do que muitos outros já fizeram.

2. Contribuições

No sentido de contribuir para uma regulação que atenda aos três princípios estabelecidos: transparência, sustentabilidade e concorrência, recomendamos reavaliar a norma proposta partindo para uma regulação estruturante que vise:

- a) **Estimular a concorrência** a partir do estabelecimento de um teto de reajuste que gere o equilíbrio atuarial para as carteiras, considerando 90% do mercado, mantendo, assim, um estímulo na busca por mais eficiência no ciclo seguinte daquelas operadoras que tenham apresentado desempenho inferior aos 90% restantes;

- b) Promover **sustentabilidade** do setor a partir de uma formulação que considere os dados individuais de cada operadora;
- c) Garantir **transparência** na apuração do indicador de reajuste, baseado em dados contábeis auditados e aplicado na formulação proposta pela própria ANS, a exemplo de como atualmente já expõe o indicador individualizado de IDSS de cada operadora.

Partindo do modelo de método de cálculo proposto pela ANS no teor de normativa avaliado em audiência pública, podemos propor algo semelhante, mas que passe a contemplar as sugestões acima pautadas:

$$FRPI_{ta} = VCMH_{ind}^{ta} * \left(\frac{1}{FFE_a} \right) \quad e \quad VCMH_{ind}^{ta} = \frac{\left(\frac{DMH_{DIOPS}^{ta}}{BEN_{SIB}^{ta}} \right)}{\left(\frac{DMH_{DIOPS}^{ta-1}}{BEN_{SIB}^{ta-1}} \right)}$$

Onde:

a=ano de cálculo do Fator de Reajuste;

t= último trimestre com dados disponíveis do DIOPS do ano de cálculo do Fator de Reajuste;

FFE - Fator de Variação a Faixa Etária, apurado individualmente por operadora, conforme dados a serem disponibilizados a partir da plataforma TabNet.

VCMH_{ind} - Fator de Variação dos Custos Médicos Hospitalares da Operadora

DMH = Despesas assistenciais considerando as contas contábeis 41.111.102 + 41.111.101, referente a planos individuais regulamentados e não regulamentados, divulgados pela ANS a partir da plataforma TabNet, com base em dados auditados, recebidos via DIOPS.

BEN = Considerados os beneficiários ativos da operadora em cada mês, subtraído o prazo de carência, que poderá ser informado em informação complementar do SIB, sendo estas informações finais disponibilizadas na plataforma TabNet.

Em nossa proposta a apuração passaria a ser semestral, com base em dados de DIOPS, auditados. O processo de auditorias semestral já proposta em outra minuta de resolução em consulta pública, a CP 67, traria a apenas uma antecipação da obrigatoriedade, já tendo sido seu impacto regulatório amplamente avaliado pela agência.

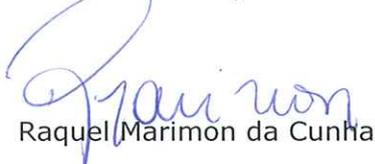
A transparência se dará neste modelo pela disponibilização dos dados de apuração do reajuste via plataforma TabNet, o que permitiria a sociedade realizar verificação a qualquer tempo. A ANS, se assim entender como mais adequado, poderia assumir o

papel de dar publicidade ao índice apurado por operadora e publicar em seu site a cada semestre e ainda exigir que as próprias operadoras divulguem em seus sites.

O teto de reajuste seria estabelecido a partir da apuração da mediana de comportamentos de índices de reajustes apurados individualmente para cada operadora, considerando o indicador de reajuste que atenda a demanda de 90% das operadoras. Assim as operadoras que estiverem entre as 10% com pior desempenho passam a ter estímulo para criarem soluções de melhorias na gestão de sua sinistralidade. Caso este modelo, que respeita a diferenças entre as operadoras, mas estimula a constante busca por eficiência na gestão não seja entendido como viável pelo órgão regulador, entendemos ser condição *sine qua non* para a retomada do interesse por parte do mercado de planos de saúde pelas carteiras de planos individuais e viabilidade de equilíbrio atuarial nas carteiras a **revisão técnica**, prevista na legislação de saúde.

Saudamos a agência reguladora pela disposição ao debate, na esperança de poder contribuir para o processo regulatório com nossos conhecimentos e experiência de consultoria atuarial, que há mais de 18 anos auxilia o mercado de saúde suplementar em seus diferentes desafios.

Atenciosamente,



Raquel Marimon da Cunha

Atuária | MIBA 931

Presidente | Strategy