



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

DRMS 229/18

São Paulo, 23 de agosto 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. Simone Sanches Freire

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

**Ref.: Audiência Pública nº10 da ANS Política de Preços e Reajustes**

**24 e 25 de julho de 2018 - PROPOSTAS SOBRE METODOLOGIA DE REAJUSTE DE PLANOS INDIVIDUAIS**

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, nos dias 24 e 25/07/2018, no Rio de Janeiro, realizou um debate a respeito do reajuste de planos de saúde individuais ou familiares, com o objetivo de colher informações, sugestões e promover debates técnicos para eventual definição de uma nova metodologia de cálculo do teto do reajuste que pode ser aplicado aos planos individuais ou familiares contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

Dessa forma, a Unimed do Brasil Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, vem por meio desta enviar contribuições para aperfeiçoamento da metodologia de reajuste que foi objeto da audiência pública nº 10.

## 1. CONSIDERAÇÕES

Reforçamos nosso apoio com relação a discussão de um novo modelo para reajuste das mensalidades dos planos Individuais/Familiares. O modelo atual deve ser revisto para uma evolução técnica que reflita com exatidão a necessidade de recomposição das contraprestações, para fazer frente às obrigações assumidas na oferta das



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

DRMS 229/18

coberturas assistenciais exigidas pela Lei 9.656/98 e normatizações decorrentes da mesma, emanadas por essa Agência.

Lembramos que o Sistema Unimed representa hoje, aproximadamente, 46,8% do total de beneficiários de planos individuais existentes, sendo um dos poucos segmentos a manter a comercialização deste tipo de plano. Ao longo dos anos as Unimed assumiram o financiamento necessário para a manutenção dessa oferta, arcando com a defasagem representada pela insuficiência de reajustes determinados por esse órgão regulador, frente à real evolução de custos nesse tipo de contratação que, como se sabe, tem uma maior concentração de idosos, com maior potencial de sinistro e eventos. Além disso, os planos individuais são mais suscetíveis à seleção de risco, pela concentração dos pacientes com diagnósticos específicos e necessidade de realização de terapias de elevados custos, gerando uma sinistralidade que pode ser alterada e elevada a qualquer momento, quando surgem terapias novas a doenças antes não tratadas.

Quando mencionamos evolução de custos, não nos referimos apenas à variação monetária dos eventos atendidos, mas à variação do índice de valor, como produto da frequência de utilização dos procedimentos versus seu valor unitário, ressaltando que estes procedimentos têm crescido por ampliação de novas versões do Rol de Procedimentos, de novas tecnologias e medicamentos absorvidos pela regulamentação.

Ressaltamos que é preciso discutir a política de preços e reajustes de forma conjunta, retomando a discussão ocorrida em 06/02/2018 no comitê de estruturação de produtos que contemplava, além do reajuste, regras de precificação, como revisão da variação do fator “t”, do pool de riscos para contratos coletivos e, **principalmente, a Revisão Técnica.**

## 2. QUANTO AO MODELO PROPOSTO PELA ANS

O mercado de saúde suplementar não se caracteriza por ser monopólio natural, logo a metodologia “price cap” não é a mais adequada para este setor.

Contudo, caso seja essa a única metodologia a ser considerada pela ANS, indicamos que seja considerada na íntegra, ou seja, incluindo variáveis de produtividade e qualidade além da exclusão do fator de faixa etária, com as seguintes observações:

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

Concorda-se com a utilização do VCMH, porém, gostaríamos de propor melhorias para atingir maior assertividade do que a forma apresentada nas reuniões de 06/02/2018 e 24/07/2018. O modelo apresentado não contempla os conceitos do VCMH, tratando-se, apenas de variação de despesa “per capita”. Para a aplicação do VCMH na sua essência, seria de vital importância utilizar variáveis de exposição, como por exemplo: o tipo da acomodação do plano de saúde, sua abrangência geográfica e o seu fator moderador. Somente assim seria possível ter o real dimensionamento da variação de custos médico-hospitalares adequado ao modelo de plano de saúde, além de captar variações de beneficiários com novas inclusões e situações de “downgrades e “upgrades”.

A simples utilização de dados recebidos pela ANS através do DIOPS para o cálculo do VCMH, utilizando apurações pela média, abrigando todos os modelos de planos sem diferenciar, pelo menos as três variáveis citadas acima, poderá promover distorções em sua análise.

Outra questão fundamental com relação ao VCMH é que o mesmo representa uma visão passada da operação e o índice a ser definido deveria contemplar, na medida do possível, o custo que ocorrerá no futuro, mesmo que de forma estimada, como incrementos de custos já definidos, tendo como exemplo a inserção de novas coberturas, procedimentos e medicamentos através da atualização do Rol de Procedimentos.

## b) Expurgo do Reajuste por Faixa Etária

Não há como dar sequência ao processo de reajuste sem que seja expurgada, da proposta apresentada nas reuniões de 06/02/2018 e 24 e 25/07/2018, a dedução do valor dos índices de reajuste de valores calculados do percentual relativo à correção dos preços por variação por faixa etária.

Há que se destacar que o reenquadramento de preço por faixa etária é efeito direto da política de subscrição determinada pela RDC 28/00, em conjunto com a RN 63/2003 (decorrente Estatuto do Idoso). Contudo, neste momento, o que se está discutindo, é reajuste e, conseqüentemente, a manutenção do equilíbrio técnico da Carteira.

Não há que se misturar conceitos de valores e de precificação, as duas são questões distintas que devem ser avaliadas em momentos separados. É de difícil identificação a correlação entre a questão de faixa etária e o reajuste de planos individuais. Parece, sim, que o desígnio é, meramente, reduzir o reajuste final e necessário para equilíbrio da carteira.

Reforçamos, ainda, que a precificação por faixa etária, tal como regulamentada pelas RDC 28/00 e RN 63/03, traz ao cálculo do preço ajustes que descaracterizam a precificação técnica, forçando o financiamento entre as faixas etárias, com as faixas de idades mais baixas “financiando” o preço que não coube nas faixas etárias de idades mais altas. Como se não bastasse, as limitações de crescimento entre as faixas etárias ocasionam ainda, de forma mais perversa, um segundo financiamento quando da limitação do índice de variação acumulada entre a 7ª faixa etária e a 10ª faixa etária não poder ser maior que a variação acumulada entre 1ª faixa etária e 7ª faixa etária.

Como consequência, para que a precificação com a técnica descaracterizada pela legislação, a venda futura deve ser realizada com a mesma proporção por faixa etária precificada, sob pena de evoluir para desequilíbrio técnico. Na prática, esta proporcionalidade não é garantida, tornando-se um fator a mais para desequilíbrio econômico financeiro dos planos individuais.

Desta forma, conjugando com a importante reestrutura demográfica em transição, cuja figura de “Pirâmide Etária” já está migrando aceleradamente para a forma de “Barril”, a utilização do desconto da variação por faixa etária na metodologia proposta continuará a agravar a defasagem técnica destes planos.

### c) Índice de Produtividade:

Dando continuidade à análise da aplicação da metodologia “price cap”, o índice de produtividade proposto na reunião de 06/02/2018 e 24 e 25/07/2018 foi o da variação da produtividade industrial. E, na falta de informação precisa sobre esse índice, foi estabelecido o percentual de 1% para o primeiro ciclo, de forma aleatória.

É evidente que tal índice não representa a produtividade do seguimento saúde, tampouco a deliberação casual do percentual de 1%.

Até para dar a confiabilidade na metodologia proposta, é crível que o fator de produtividade deveria considerar a realidade do setor de saúde suplementar, apurado pela evolução de beneficiários, evolução de faturamento ou evolução dos resultados obtidos pelas operadoras de planos de saúde.

### d) Índice de Qualidade

Complementando a aplicação da metodologia “price cap”, o índice de qualidade mencionado na reunião de 08/12/2017, mas omitido na reunião de 06/02/2018, deve ser utilizado como um fator positivo ao índice de reajuste (VCMH), como incentivo às operadoras de saúde na busca constante da qualidade de prestação de serviços aos seus beneficiários.

Aquelas operadoras que apresentarem qualidade, apurada pela própria ANS por meio de seus programas (Programa de Acreditação, PROMOPREV e outros aos quais o segmento deveria opinar), teriam um aumento no seu percentual de reajuste, confirmando o papel da agência como indutora de qualidade do setor.

## Propostas

- Primeiramente, independentemente das sugestões a seguir, entendemos que deve ser (re)estabelecida a Revisão Técnica para os planos individuais/familiares, considerando os importantes fatores que são característicos do segmento desses planos que descrevemos a seguir:
  - Os beneficiários de planos individuais/familiares têm longevidade média significativamente elevadas dentro das operadoras, sendo que boa parte deles são beneficiários com mais de 15 anos de permanência nos planos. Como é sabido, o aumento dos custos assistenciais pelas novas terapias e outras tecnologias em saúde tem demonstrado, nos últimos anos, pressionar os custos assistenciais de forma quase exponencial em determinados segmentos da assistência médica como a oncologia, por exemplo.
  - Além desses fatores temos a incorporação das novas coberturas estabelecidas na revisão do Rol de Procedimentos Mínimos que teve um incremento significativo após 2008 quando a incorporação de novos procedimentos no ROL mínimo da ANS passou a ser frequente.
  - As novas coberturas de elevadíssimos custos, como, por exemplo o Transplante de Medula, Quimioterapia Oral e Terapias com Imunobiológicos para doenças reumáticas, por exemplo, que são tratamentos de elevadíssimos custos, não eram, sequer, considerados no momento da precificação inicial desses planos, vendidos antes da incrementação dessas coberturas. Não há estudo atuarial que possa prever o avanço dessas novas tecnologias onerosas que ocorrem em momento

muito posterior ao momento da venda de um plano de saúde. Como exemplo a isso, podemos citar a pressão dos novos protocolos na oncologia dos últimos três anos, que gerou impactos nessas terapias por paciente exposto acima de 100% nos últimos três anos.

Esses impactos que pressionam os custos assistenciais só têm como ser corrigidos, no decorrer do tempo, se for imediatamente autorizada revisão técnica das massas de beneficiários dos planos individuais/familiares.

O fato de as operadoras não terem segurança quanto a revisão técnica dos planos individuais/familiares acabou gerando a retirada de muitas delas da comercialização desse tipo de contratação.

- **A instituição de um possível POOL de Riscos de Planos Individuais/familiares** por operadora, com número mínimo de 1.000 beneficiários na carteira, que considere os aspectos de abrangência geográfica e a existência ou não de fator moderador, seria uma possível solução que corrigiria do ponto de vista técnico essa questão:
  - A instituição do possível Pool de Risco na forma preconizada, além de passar por revisão de uma auditoria independente, passaria pela revisão técnica da ANS gerando o controle da agência quando os índices apresentados possam estar em níveis fora da curva esperada pelo órgão regulador.
  - Essa solução seria importante, até porque entraria em consonância com a proposta do DIOPE/ANS que entende ser necessário instituir a Provisão de Insuficiência de Contribuição (PIC). Essa possibilidade do POOL de Riscos por Operadora que, de forma indireta, é uma forma técnica de corrigir a insuficiência das mensalidades, colocaria para um nível técnico a sustentabilidade dos planos individuais/familiares.
  - Adoção do índice global da ANS como piso poderia ser usado para efeito de avaliar a necessidade de fiscalização, caso o indicador venha destoar de índice esperado e, nessa situação, o índice global serviria como referência.

- **Redução do Financiamento Geracional** com a exclusão da condição de variação acumulada entre a primeira e sétima faixa etária e sétima e décima faixa etária.
- **Produtividade** - Utilizar a realidade do setor de saúde suplementar, apurado pela evolução de beneficiários, evolução de faturamento ou evolução dos resultados obtidos pelas operadoras de planos de saúde.
- **Qualidade** - Adoção de indicadores de qualidade já avaliados pela ANS, como o PROMOPREV.

Estas são as ponderações e sugestões desta Confederação do Sistema Unimed derivadas da reunião realizada em 24 e 25/07/2018. Requer que sejam conhecidas, estudadas e acatadas por parte desta agência reguladora no momento de definir a metodologia de reajuste das mensalidades dos planos individuais/familiares. Essa contribuição tem como principal objetivo a sustentabilidade da saúde suplementar brasileira, observando que representamos quase metade (46,8%) dos beneficiários de planos individuais neste importante seguimento privado.

Atenciosamente,



Paulo Roberto de Oliveira Webster

Diretor de Regulação, Monitoramento e Serviços

