

Belo Horizonte, 10 de Julho de 2018.

À Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIPRO  
Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

**Audiência Pública  
nº 10 da ANS  
Política de Preços e  
Reajustes  
24 e 25 de julho  
de 2018**

**Contribuições da  
Plurall Consultoria**



## 1. OBJETIVO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS nos dias 24 e 25/07/2018, no Rio de Janeiro, realizará um debate a respeito do reajuste de planos de saúde individuais ou familiares, com o objetivo de colher insumos 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 Plurall Soluções e Estratégias em Saúde Suplementar, consultoria atuarial especializada em operadoras de planos de saúde desde 2002, inscrita no IBA - Instituto Brasileiro de Atuária pelo número CIBA nº 83, vem por meio deste relatório enviar contribuições para aperfeiçoamento da metodologia e sugestões de como a ANS poderia apurar alguns índices descritos nos anexos da minuta de resolução normativa disposta no link: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/audiencias-publicas/audiencia-publica-10>.

## 2. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A proposta da ANS em definir uma nova metodologia mais transparente para reajuste dos planos individuais, com maior previsibilidade de apuração e mais adequada ao perfil de evolução dos custos dos planos individuais, poderá gerar menor insegurança das operadoras de plano de saúde e fomentar a comercialização desses planos por aquelas que já não os comercializam atualmente, embora outras questões ainda devam ser melhor debatidas.

É importante discutir os quatro temas que compõem a Política de Preços e Reajustes de Planos de Saúde da ANS de forma conjunta (Regras de Precificação dos Planos de Saúde; Regras de Reajustes para Planos Individuais; Revisão Técnica de Preços dos Planos individuais e Regras de Reajustes para Planos Coletivos), pois existe uma forte correlação entre as regras de precificação e reajustes, principalmente para os planos individuais, por seguirem um teto de reajuste definido pela ANS e não condições atuariais observadas em cada operadora. Assim, a publicação de uma resolução normativa especificando somente o item tratado nessa audiência pública, de reajuste de planos individuais, talvez não

O processo de envelhecimento das carteiras de planos de saúde individuais, aliado às mudanças epidemiológicas e ao aparato regulatório da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, traz grandes desafios para o mercado de saúde suplementar. As implicações advindas desse processo não estão relacionadas ao número absoluto de idosos, mas sim ao seu peso relativo na população total de beneficiários, tendo em vista a estrutura de tarifação, que considera um pacto intergeracional mutualista, conjugada à política de reajuste definida pela ANS.

Nas regras de estabelecimento de preços por faixa etária, as limitações de variação de valor entre as faixas etárias, definidas na RN 63/2003, não acompanha os atuais custos por faixa, gerando desequilíbrio atuarial e financeiro. Somado a isso, se após a contratação do plano a operadora começar a ter uma mudança de sua estrutura etária de beneficiários, com envelhecimento da carteira, haverá também um desequilíbrio financeiro e atuarial. Isso ocorre porque os valores inicialmente previstos na contratação dos planos seguem a Nota Técnica Atuarial de Registro de Produto, a qual não tem previsão de mudança do perfil de distribuição de beneficiários ao longo dos anos por se tratar de estrutura de tarifação inserida no Regime Financeiro de Repartição Simples, baseada no mutualismo. Por fim, aos planos individuais sempre foi determinado que somente poderia ser aplicado sobre as mensalidades o reajuste máximo divulgado anualmente pela ANS para todo o mercado, sem variações, por exemplo, por regiões ou modalidades de operadoras. Não é permitido ultrapassar esse limite, ainda que seja verificada a necessidade técnica atuarial.

Cabe ainda mencionar que o mercado de planos e seguros saúde opera com a venda de contratos de curto prazo, porém com regras futuras preestabelecidas quando da renovação em relação à variação de preços por mudança de faixa etária do beneficiário e limites de valores a serem cobrados dos idosos em relação aos jovens. Nesse contexto, as transformações na estrutura etária da população beneficiária de planos e seguros saúde podem ter impactos importantes no equilíbrio financeiro e atuarial. As regras atuais propostas pela ANS não permitem o recálculo das mensalidades de contratos já vendidos, de forma a recompor o equilíbrio financeiro, tomando por base a análise atuarial realizada anualmente, fundamentada em nota técnica. A consequência é a geração de déficits, uma vez que a receita arrecadada dos mais jovens pode não ser suficiente para compensar a despesa com o crescimento da proporção de idosos.

A sustentabilidade econômico-financeira de longo prazo do mercado de planos de saúde depende da adequada relação entre os riscos e os prêmios cobrados. Cabe à ANS verificar a possibilidade de aumentar o limite de 6 vezes entre o valor da 10ª e 1ª faixa etária, por ser essa a tendência observada, além de autorizar reajustes aos planos individuais com regras mais eficientes e adequadas à tendência dos custos desse grupo. Além disso, é importante mudar o modelo de reajuste para uma nova formulação e prever a possibilidade de revisão técnica, conforme opinião também do Instituto Brasileiro de Atuária - IBA, determinando às operadoras que seja elaborada uma nota técnica atuarial de reajuste anual de toda carteira individual, tornando-se uma saída para o equilíbrio financeiro da operadora no processo de envelhecimento dessas carteiras e não em situações de má gestão (como venda em valores muito abaixo da recomendação atuarial).

Por outro lado, deve-se ter incentivos e ações planejadas da Agência que busquem o controle das despesas assistenciais, de forma que toda essa movimentação, seja do lado da receita de mensalidade como das despesas assistenciais leve a soluções para a solvência futura das operadoras.

Assim, deve-se ter como objetivo atingir uma situação em que haja oferta de coberturas de saúde para todos, a preços admissíveis e assegurando-se condições mínimas de solvência das operadoras.

Questionar a forma com que se implementa a regulação de preços em planos de saúde não significa ser contrário a esses objetivos, mas sim ter ciência que eles não serão alcançados por meio da imposição de limites extremos de preços pela regulação.

Diversos pontos a respeito dos impactos do envelhecimento da carteira de planos individuais para as operadoras de planos de saúde foram abordados na dissertação de mestrado em Demografia pelo CEDEPLAR/UFMG de Beatriz Mata, atuária e diretora técnica da Plurall Consultoria e podem ser analisadas pela ANS como contribuições para a discussão de mudanças no modelo de reajuste e estrutura de tarifação dos preços das mensalidades. Essa dissertação foi defendida em 2011, tendo como orientadora a Professora Monica Viegas Andrade e pode ser acessada no seguinte link: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/AMSA-8SLLF8>

### 3. ANEXO 1 DA MINUTA DE RESOLUÇÃO NORMATIVA

A metodologia de apuração do fator de reajuste de planos individuais e familiares - FRPI proposta pela ANS leva em consideração somente uma visão retrospectiva ao se comparar dois anos para apurar a Variação dos Custos Médicos Hospitalares - VCMH dos planos individuais.

Entretanto, ao se definir um reajuste de um contrato, para que ele não venha gerar novos déficits, deve-se estabelecer parâmetros também prospectivos. Afinal, não há recuperação do prejuízo já ocorrido e, para se manter o equilíbrio de um contrato para o próximo ano faz-se necessário já prever impactos futuros da despesa assistencial. Diante disso, na formulação proposta pela ANS, sugere-se incluir outros componentes tais como:

- a) tendência de aumento dos custos médico-hospitalares para o próximo ano: pode-se observar a variação do VCMH durante, ao menos, 3 anos, aplicar alguma metodologia estatística de estimação de tendência com base nesses resultados. Assim, o fator de aumento ou decréscimo pode ser aplicado sobre a variação do VCMH dos últimos 2 anos proposta pela ANS;
- b) estimativa de impacto de mudanças no rol estabelecido pela ANS de procedimentos cobertos a cada 2 anos, ou seja, aplicar esse fator de impacto somente para o ano da entrada de vigência do novo rol estabelecido.

### 4. ANEXO 2 DA MINUTA DE RESOLUÇÃO NORMATIVA

No anexo 2, quanto à metodologia de cálculo do fator VCMH temos algumas objeções e propostas de mudanças, quais sejam:

#### **4.1. Quantidade de Beneficiários**

Para a apuração do custo per capita será considerada a quantidade de beneficiários existente durante o período de 12 meses de análise, conforme SIB - Sistema de Informação de Beneficiários. Entretanto, uma vez que a despesa será uma soma de 12 meses e que haverá beneficiários que não permaneceram na operadora durante os 12 meses, entende-se não ser a forma mais adequada de apuração da relação.

A forma mais adequada de apuração do custo per capita deve ser medida pela relação entre a despesa médico-hospitalar e a quantidade de beneficiários expostos à utilização no decorrer dos últimos 12 meses, de forma a não haver distorção do valor per capita em função do aumento ou redução da quantidade de beneficiários.

Essa adequação é necessária porque inevitavelmente ocorrerão despesas de beneficiários que não estiveram vinculados à OPS durante os 12 meses.

Tendo em vista que atualmente não são todas as operadoras de plano de saúde que comercializam planos individuais, a diferença entre beneficiários expostos e beneficiários pode ser mínima. Entretanto, como a ANS deseja que essa mudança da metodologia de reajuste e outras ações contribuam para o incentivo à comercialização desses planos, inevitavelmente ocorrerá um distanciamento entre as duas variáveis, motivo pelo qual a adoção do conceito de beneficiário exposto passa a ser essencial.

Sabe-se que a ANS não possui a informação no SIB sobre aplicação de carência nos contratos de cada beneficiário, para se fazer a apuração exata dessa quantidade de expostos por tipo de despesa e também não possui a informação de expostos no SIP - Sistema Informação de Produtos separada em planos regulamentados e não regulamentados.

Dessa forma, a sugestão de apuração de exposição à utilização ficaria atrelada tão somente à análise do SIB em relação à data de entrada do beneficiário na OPS e sua saída. Ou seja, para o VCMH no 4º trimestre de 2018, deve-se utilizar como quantidade os expostos à utilização no ano de 2018 e não quantos beneficiários estiveram nas operadoras ao longo de 2018. Exemplo: se 01 beneficiário entrou na OPS dia 01/07/2018 e ainda está nesta OPS em 31/12/2018, ele não poderia ser contado como 01 na fórmula, mas sim como uma proporção, no caso 6/12 (seis doze avos), dado que ele só tem como gerar 6 meses de despesas e não 12 meses. Essa apuração é totalmente possível de ser efetuada pela ANS com os dados do SIB, porque lá constam as informações da data de entrada e saída dos beneficiários.

#### **4.2. DMH x PEONA**

Na apuração das Despesas Médico-Hospitalares - DMH, a minuta de resolução dispõe que serão consideradas as despesas médico-hospitalares, mas não especifica se será somada a variação da PEONA - Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados nessas despesas, o que deverá ocorrer.

Dessa forma, ao apurar a despesa per capita é importante considerar (além do tempo correto de exposição dos beneficiários) a variação da PEONA devidamente contabilizada no grupo 41 do plano de contas padrão (conta 414), pois as despesas de beneficiários que possam ter entrado na OPS no final do período de análise dos 12 meses ainda não terá sido completamente avisada à OPS e, portanto, não constará contabilizada no DIOPS como eventos indenizáveis conhecidos, mas tão somente como uma estimativa (a qual é apurada na variação da PEONA).

A ANS pode observar no quadro auxiliar do DIOPS “Movimentação de Eventos Indenizáveis” que, em média, o tempo total para a OPS tomar conhecimento de toda a despesa realizada por seus beneficiários em um certo mês leva até 3 meses.

Uma vez que hoje a variação da PEONA contabilizada não está separada por planos regulamentados e não regulamentados e nem por contratação (individual, coletiva por adesão, coletiva empresarial), faz-se necessário a ANS solicitar a informação desagregada dessa variação da PEONA em quadro auxiliar do DIOPS, o qual já é auditado. Outra opção, talvez com menor burocracia para as operadoras e menor possibilidade de erro na apuração, seja a própria ANS fazer essa distribuição considerando a proporção das despesas médico-hospitalares de planos individuais regulamentados sobre a despesa total de planos com preço preestabelecido, que compõem o cálculo da PEONA.

#### **4.3. DMH x Eventos Brutos ou Líquidos**

Na apuração das Despesas Médico-Hospitalares - DMH, a minuta de resolução dispõe que serão consideradas as despesas médico-hospitalares, mas não especifica se serão as despesas brutas ou se seriam as despesas líquidas de coparticipação, glosa e outras recuperações.

Para que a comparação da variação do custo per capita de um ano para outro fique estatisticamente correto, deve ser analisado pela ANS de uma outra forma.

A forma como está sendo proposta, a comparação de 2 anos sem qualquer padronização de um ano a outro, traz o risco de se apurar um custo per capita menor/maior de um ano para o ano anterior, sem que efetivamente tenha ocorrido redução/aumento dos custos.

Exemplo: de um ano para outro ocorrem mudanças de comercialização pela OPS e renegociação de contratos com troca de produtos, com foco em planos mais baratos do que o ano anterior tais como:

- a) troca de planos sem coparticipação para coparticipativos;
- b) planos enfermaria ao invés de apartamento;
- c) rede de prestadores de menor custo em detrimento de redes com tabela de remuneração maior;
- d) aumento da coparticipação à já existente do ano anterior;
- e) área de atuação do produto menor do que as vendidas no ano anterior; dentre outros.

Assim, a despesa de um ano será menor do que o ano anterior por essa mudança de proporção de despesas por tipo de planos em cada ano. Tais mudanças foram muito observadas recentemente tendo em vista a crise econômica que se instalou no país, mas pode-se ocorrer o contrário com a recuperação da economia.

Tendo em vista que hoje a ANS não dispõe dessa informação segregada no DIOPS por tipos de produtos, basta que seja incluído no quadro auxiliar do DIOPS a solicitação dessas informações dos últimos 24 meses, devidamente auditadas, e passe a ser obrigatório trimestralmente, para que, assim, possam ser feitas análises mais adequadas, comparando 2 anos, somente após padronizar o custo per capita considerando a mesma proporção de despesas por cada diferenciação de tipo de plano para retirar o efeito das mudanças citadas.

Uma dificuldade de implementar o proposto é que a ANS não dispõe da respectiva quantidade de beneficiários para cada segregação mencionada no exemplo citado anteriormente. Neste caso, propõe-se que, por meio do SIB, a ANS busque o registro do produto para definir a regra de aglutinação mais adequada dos tipos de características dos planos: área de atuação, acomodação, segmentação, fator moderador.

A sugestão de como ser feita tal padronização, pode ser encontrada na dissertação de mestrado em Demografia pelo CEDEPLAR/UFMG de Beatriz Mata, já mencionada no item 2 deste relatório, especificamente no item 4.3.1 referente às tabelas 14 e 15 da dissertação, a qual pode ser acessada no seguinte link: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/AMSA-8SLLF8>

Caso não seja possível implementar o proposto, para que seja minimizado o problema identificado, sugerimos que seja considerada somente a despesa bruta líquida de glosa na apuração da DMH, para que, ao menos, a coparticipação não influencie nessa apuração de custo per capita.

## **5. ANEXO 3 DA MINUTA DE RESOLUÇÃO NORMATIVA**

Por mais que um contrato seja vendido com uma mensalidade indicada atuarialmente para os próximos 12 meses, com o passar dos anos o que se tem observado é que a OPS pode se tornar insolvente com o envelhecimento de sua massa de beneficiários, devendo apurar uma provisão de insuficiência de contraprestação - PIC, pois ao longo dos anos tem ocorrido aumento do custo per capita da 10ª em relação à 1ª faixa etária, principalmente nos planos atualmente comercializados pelas operadoras (com coparticipação, abrangência geográfica menor e rede de prestadores de menores custos) e não de toda a população de planos individuais.

Assim, como a OPS não pode rever seu contrato para alterar os percentuais de faixa etária e nem ultrapassar o limite de 6 vezes entre a 10ª e 1ª faixa etária, nossa recomendação é de não aplicação do fator FFE - Fator de Variação de Faixa Etária ou mantê-lo em 1 até que finalize a discussão de todos os 4 temas sobre regulação da precificação e reajuste. Dessa forma, em não havendo redução do reajuste final dos planos individuais por esse fator, a diferença seja repassada no reajuste às operadoras como um ganho a ser destinado a lastrear a nova provisão técnica que está sendo discutida pela DIOPE a ser implementada em 2019, a PIC - Provisão de Insuficiência de Contraprestação.

## **6. SEÇÃO II DO CAPÍTULO II DA MINUTA DE RESOLUÇÃO NORMATIVA**

A minuta de resolução deve deixar claro se a ANS fará a divulgação somente 1 vez ao ano do FRPI ou se divulgará 4 percentuais distintos trimestralmente, em função da apuração do VCMH trimestral. Somente na formulação do reajuste no anexo 2, fica claro que haverá 4 índices de FRPI ao ano.

Embora tecnicamente seja uma opção interessante ter o reajuste divulgado trimestralmente, acompanhando o aumento dos custos, operacionalmente e até judicialmente podem gerar complicações para as operadoras.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esperamos ter contribuído com esta Il. Agência e ficamos à disposição para esclarecimentos.

**Beatriz Resende Rios da Mata**

**Atuária - MIBA nº 1474**

**Diretora Técnica e Coordenadora do Departamento Técnico Atuarial da Plurall Soluções e Estratégias em Saúde Suplementar**

**Membro da Comissão de Saúde do IBA - Instituto Brasileiro de Atuária**

**João Roberto Rodarte**

**Estatístico - CONRE nº 6.928 6ª região**

**Diretor Geral da Plurall Soluções e Estratégias em Saúde Suplementar e Rodarte Nogueira**