

Audiência Pública

Reajuste dos planos de saúde

ANS – Rio de Janeiro

24 e 25 de julho de 2018

A FenaSaúde

17 grupos empresariais

21 operadoras associadas

Beneficiários (Mar/18)

29,2 milhões = 41,6% do total

Receita (2017)

R\$ 72,6 bilhões = 39,6 % do mercado

Despesas assistenciais (2017)

R\$ 60,7 bilhões = 40,3% do mercado

1. Allianz Saúde S.A
2. Amil Saúde
3. Care Plus Medicina Assistencial
4. Gama Saúde
5. Golden Cross
6. Grupo Bradesco Saúde
7. Grupo Caixa Saúde
8. Grupo NotreDame Intermédica
9. Grupo SulAmérica Saúde
10. Itauseg Saúde
11. Mapfre Saúde
12. Metlife Planos Odontológicos
13. Odontoprev
14. Omint Serviços de Saúde
15. Porto Seguro - Seguro Saúde
16. Sampo Saúde Seguros
17. Unimed Seguros Saúde

- **Identificação do Problema**
- **As regras atuais de reajuste e proposta da ANS**
- **Proposta da FenaSaúde**

Breve digressão – Experiência Histórica

Controles de preços e salários possuem ao menos **40 séculos**.

Antiguidade – controles de bens essenciais contra a “avareza” e desonestidade de comerciantes

- Egito antigo – controle de salários pela “lei do bronze” – 306 a.c.
- Suméria – controle de preços e salários 2350 a.c.
- **Babilônia** – Código de Hamurabi (mais de 4 mil anos atrás)
- China de Confúcio (552 a.c.)
- Grécia antiga
- **Império Romano** (284 a.c.0 – Imperador Dioclesiano e a pena capital

Idade Média - Preços justos e objeção teológica ao lucro - Leis da usura

- Inglaterra – controle de salários após a peste negra
- França – revolução francesa – lei do máximo (1793) – controle de preços dos grãos
- EUA – experiências de controle de preços de insumos para produção de armas na guerra de independência

E também: 1ª Grande Guerra (nações industrializadas legislaram sobre a produção, distribuição, preços, lucros e salários), Rússia – fim das liberdades comerciais (Bolcheviques) e início da regulação de todos os itens de consumo, Alemanha Nazista, URSS...Etc.

Breve digressão – Experiência Histórica

Mais recentemente no Brasil:

- Lei Delegada nº 5 (1962), que instituiu a Superintendência Nacional de Abastecimento (SUNAB)
- Decreto nº 63.196 (1968), criou o Conselho Interministerial de Preços (CIP) -, dispunha sobre o sistema regulador de preços no mercado interno
- Plano Cruzado (1986) – Congelamento de preços
- Criação das Agências Reguladoras / Lei de Defesa da Concorrência (CADE)– preços regulados em mercados com falhas

Resumindo:

- Experiência vasta e antiga e testada em diversos modelos de organização econômica, de governos, e lugares.
- Efeitos no médio/longo prazo:
 - **Criação de mercados negros,**
 - **Má alocação de recursos (piora da eficiência econômica e do bem-estar)**
 - **Aumento da escassez - gap entre demanda e oferta emitindo sinais errados.**

Não obstante, a opinião pública, em geral, é a favor de controle de preços.

Problema!

Falha de mercado da Saúde Suplementar não justifica controle de preços.

Imposição legal, mas...

- Não podemos confundir a “inflação médica” / VCMH com inflação.
- Inflação médica: preço x quantidade
- IPCA: apenas PREÇO

Problema!

Ano	Reajuste ANS (%)	IPCA ¹ (%)	Despesa assistencial per capita Δ (%)	VCMH ³ (%)
2008	5,48	6,00	9,60	7,48
2009	6,76	4,65	8,89	9,98
2010	6,73	5,46	4,95	12,95
2011	7,69	6,42	10,91	8,63
2012	7,93	5,67	12,89	11,98
2013	9,04	6,05	10,02	15,58
2014	9,65	6,96	14,13	15,14
2015	13,55	9,73	13,56	16,37
2016	13,57	6,97	18,26	18,32
2017	13,6	2,82	11,62	19,20
Δ (%) Acumulado 2008 - 2017	131,9	69,9	169,3	230,0

Fontes: Sistema de informações de beneficiários - SIB/ANS/MS - Tabnet. IBGE - índice de reajuste ANS - disponível em <http://www.ans.gov.br/>. Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor IPCA - Extraído em dez/17.

Notas: ¹IPCA - Variação do índice médio de cada ano compreendido entre os meses de abril a maio. ²Considera apenas as operadoras médico-hospitalares. ³Média compreendida entre os meses de abril a maio.

Custos crescentes

- Frequência de utilização.
- Aumento de preços.
- Desperdícios.
- Fraudes e abusos.
- Envelhecimento.
- Incorporação de tecnologias.
- Judicialização.



Aumento da frequência – Mapa Assistencial 2017

Tabela 1 - Produção Assistencial (2015-2017)

Tipo de Evento	Milhões				
	2015	2016	2017	Δ 16/15	Δ 17/16
Consultas Médicas ¹	266,7	273,0	270,3	2,4%	-1,0%
Consultas Outros Profissionais ²	136,6	141,2	157,0	3,4%	11,2%
Exames Complementares ³	747,0	796,8	816,9	6,7%	2,5%
Tratamentos Ambulatoriais ⁴	48,4	70,0	77,2	44,5%	10,4%
Internações	7,9	7,8	8,0	-1,1%	1,8%
Procedimentos Odontológicos ⁵	171,2	176,9	186,1	3,3%	5,2%
Total	1.206,5	1.288,7	1.329,4	6,8%	3,16%

Tabela - Beneficiários dos Planos Médicos (2015-2017)

Por Sexo	Milhões				
	2015	2016	2017	Δ 16/15	Δ 17/16
Feminino	26,5	25,7	25,3	-3,0%	-1,6%
Masculino	23,3	22,4	22,0	-3,9%	-1,6%
TOTAL	49,7	48,0	47,3	-3,4%	-1,6%

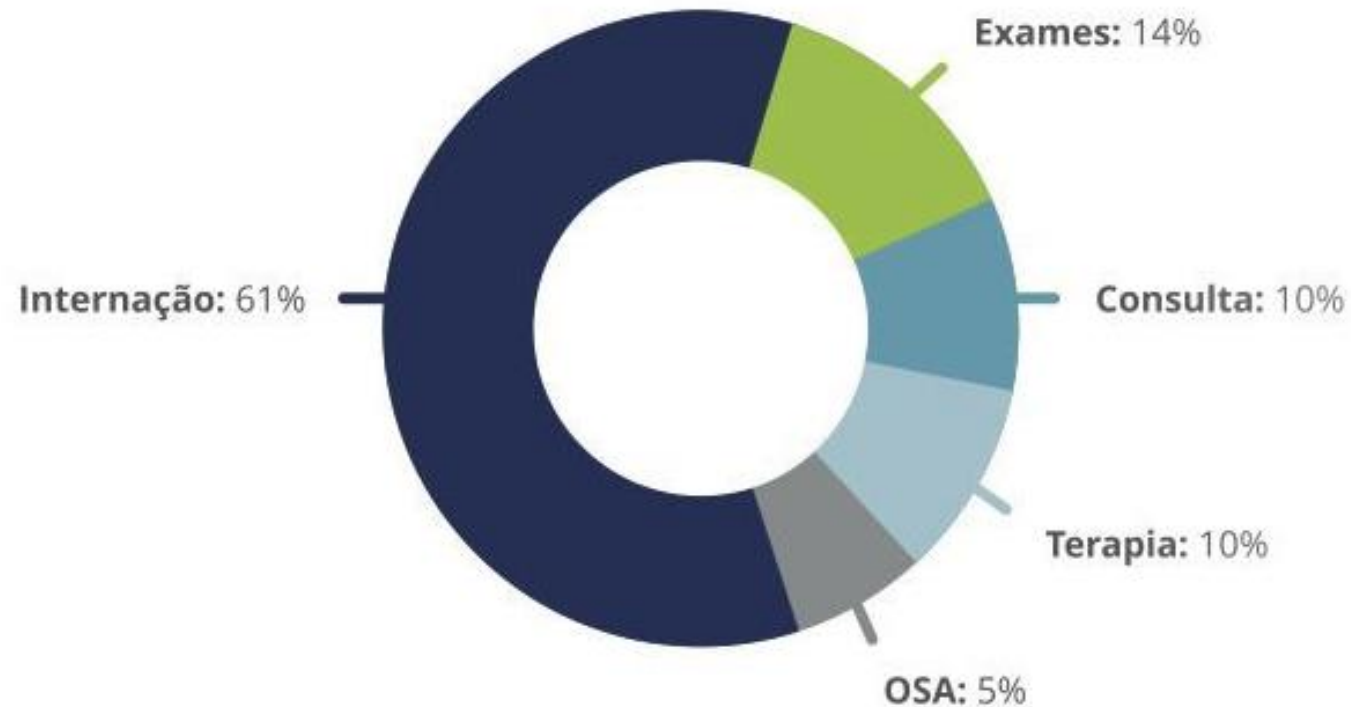
Custo médio de internação

Ano	R\$
2008	3.480,42
2017	8.197,01
Δ 2017/2008	135,5%
Δ IPCA	69,9%

Fontes: 2008: Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2014. 2016: Mapa Assistencial. Ed. 2013, 2014, 2015, 2017. IPCA - Variação do índice médio de cada ano compreendido entre os meses de abril e maio.

Peso dos itens de despesa assistencial

FIGURA 3: PESO DE CADA ITEM DE DESPESA ASSISTENCIAL NA COMPOSIÇÃO DA VCMH/IESS (%).



Fraudes, Abusos e Desperdícios

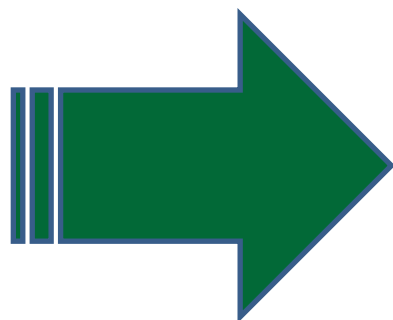
DE ACORDO COM O
RELATÓRIO DA OMS



Entre

20%
40%

de todos os
gastos em saúde
são desperdiçados
por ineficiência



Custo total do desperdício

Adaptado pela FenaSaúde



Falta de coordenação do atendimento

3,8%

Falha no atendimento

14,1%

Sobrepreso

14,4%

Fraude e abuso

19,4%

Tratamento excessivo

21,1%

Burocracia administrativa

27,2%

Problema!

- Modelo de reajuste atual **não** está recompondo a variação dos custos dos planos individuais.
- Regulação do preço não resolve as **causas** do aumento das despesas.
- Resultado: escassez.

Yardstick competition pressupõe que os custos sejam semelhantes -> Idosos (26% individuais e 9% coletivos).

Solução proposta pela ANS

- Reajuste por teto-de-preços, VCMH e ganho de produtividade (fator X) médio da economia.
- **VCMH** proposto não leva em consideração variáveis importantes: porte da operadora e variação do padrão do plano (upgrade/downgrade). Mudança de produto é identificada como variação de custo pela DIOPS.
- Fator de produtividade: Não pode ser o geral da economia-> Saúde é **muito diferente**.
- Revisão técnica é **indissociável** da regulação por teto-de-preços!

Solução proposta pela ANS

- Revisão técnica é **indissociável** da regulação por teto-de-preços! Equilíbrio econômico-financeiro deve ser garantido (está previsto na lei).
- Regras de portabilidade atualizadas permitem maior competição: liberdade deve ser acompanhada de liberdade de reajuste.

Índice de teto-de-preços, mas...

- 1) VCMH deve incorporar diferenciação por porte e por nível de plano.
- 2) Fator de Produtividade (Fator X): deve ser calculado por entidade externa.
- 3) Cálculo deve ser realizado por instituição reconhecida e independente.

4) Reajuste não pode ser único: deve ser facultado às operadoras o reajuste por meio de avaliação dos custos. Proposta é que tal possibilidade seja aberta por meio de um patamar máximo de sinistralidade, nos moldes do mercado dos EUA.

5) Mudança do modelo já deve prever a instituição da revisão técnica e a sua periodicidade.

OBRIGADO!

bruno.santos@fenasaude.org.br

www.fenasaude.org.br
<http://planodesaudeoquesaber.com.br/>