

Relatório da Audiência Pública nº 10

Audiência pública sobre política de preços e reajustes na saúde suplementar.

Rio de Janeiro, 24 e 25 de julho de 2018.

Gerência Econômico-Financeiro e Atuarial dos Produtos

Gerência Geral Regulatória da Estrutura dos Produtos

Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos

I – INTRODUÇÃO

Trata-se de relatório da Audiência Pública nº 10, realizada nos dias 24 e 25 de julho de 2018, no auditório da Secretaria de Fazenda e Planejamento do Rio de Janeiro, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 10 de julho de 2018.

A finalidade da audiência pública foi ampliar a discussão que já vem acontecendo no âmbito do Comitê de Regulação e Estrutura dos Produtos com integrantes do setor de saúde suplementar e recepcionar contribuições, da sociedade civil e dos agentes regulados, para a eventual definição de uma nova metodologia de cálculo do teto do reajuste que pode ser aplicado aos planos individuais contratados a partir de 02/01/1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98.

A abertura do evento foi realizada pela Diretora de Normas e Habilitação de Produtos, Dr.^a Simone Freire, convidando todos os presentes à discussão sobre o reajuste de plano de saúde, colocando algumas normas de participação constantes do regimento interno da audiência, quais foram, as apresentações na audiência teriam duração máxima de 10 (dez) minutos, sendo abertos 5 (cinco) minutos para perguntas, limitados a 1 (um) minuto por pergunta, sobre a exposição realizada.

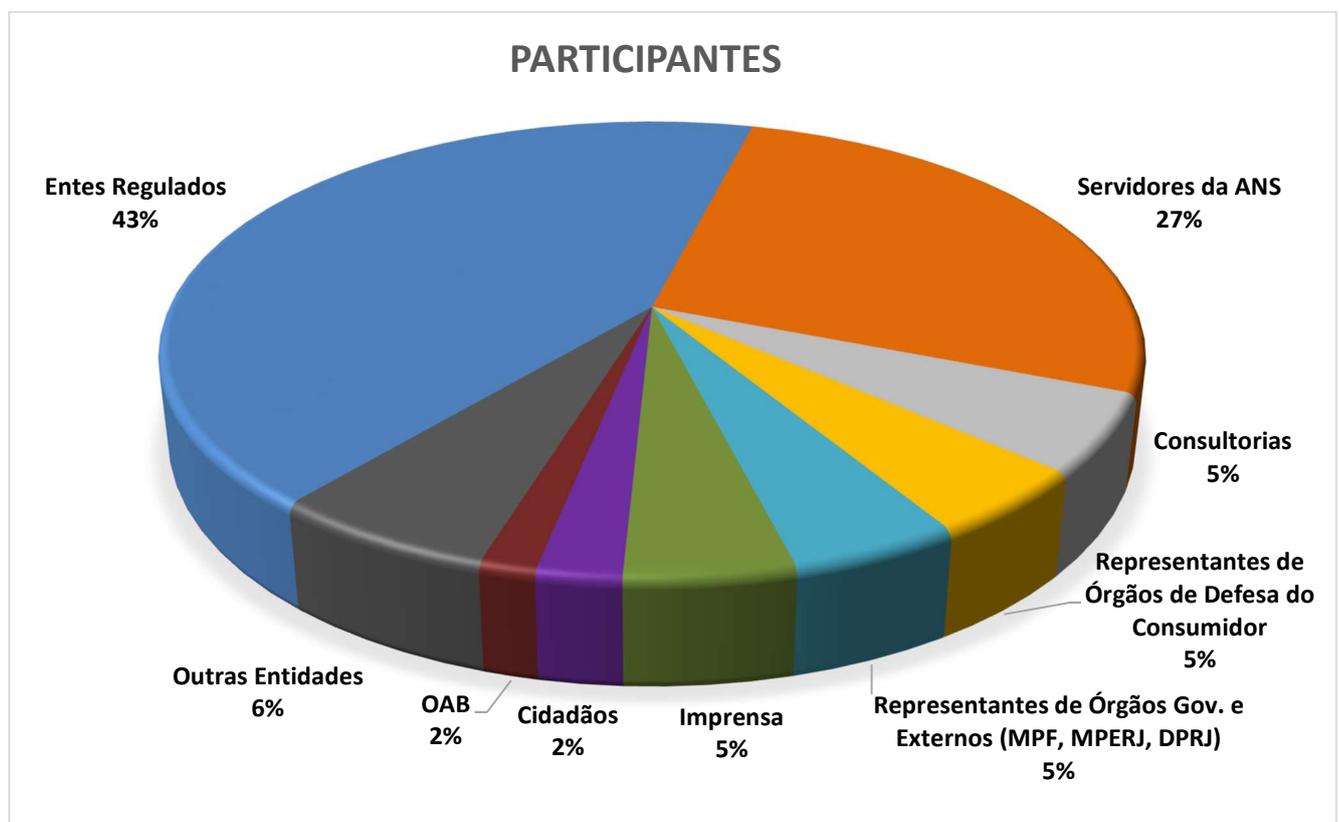
Em seguida, o Gerente Geral da Gerência Geral Regulatória da Estrutura dos Produtos, o Sr. Rafael Vinhas, apresentou aos participantes parte da política regulatória de reajuste e preços de planos de saúde, mostrando uma breve compilação dos dados do setor e apresentando a nova proposta de metodologia de reajustes nos planos de saúde individuais, reiterando o seu objetivo e destacando os pontos principais.

Após a apresentação da proposta da ANS, foi aberto o espaço para as apresentações dos participantes que se inscreveram previamente, com o intuito de demonstrar suas contribuições ao tema. Também foram abertas inscrições para manifestações espontâneas de dúvidas e sugestões dos participantes da audiência. A mesa diretora comentou e respondeu as contribuições a cada apresentação e manifestação dos participantes.

O presente relatório apresenta a compilação das contribuições abordadas na audiência, no intuito de identificar e dar transparência aos seus aspectos mais relevantes, tendo como base o áudio¹ e vídeos da audiência pública.

II – CONTRIBUIÇÕES

A Audiência Pública contou com a presença de 126 participantes, assim distribuídos: 54 representantes de Entes Regulados, 34 servidores públicos da ANS, 07 Consultorias, 06 representantes de Órgãos de Defesa do Consumidor, 06 representantes de Órgãos Governamentais e Externos (Ministério Público Federal, Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro e Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro), 06 representantes da Imprensa, 03 Cidadãos, 02 representantes da Ordem dos Advogados do Brasil e 08 representantes de outras entidades, conforme ilustrado na Figura 1 abaixo:



¹ 1 Disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/audiencias-publicas/audiencia-publica-10>

A audiência pública recebeu 18 contribuições, entre apresentações e manifestações, tanto por parte dos profissionais representantes dos entes regulados, como também dos representantes dos órgãos de defesa do consumidor.

Os representantes do mercado apresentaram a suas análises em relação à proposta, apresentada pela ANS, de alteração no cálculo do reajuste anual dos planos de saúde individuais e ao documento de Análise de Impacto Regulatório. Apresentaram também suas sugestões para o cálculo do reajuste de planos individuais.

Os órgãos de defesa do consumidor apresentaram a necessidade de incluir nas discussões o reajuste de planos coletivos e os planos que fazem parte do pool de risco (planos coletivos com menos de 30 vidas).

A seguir, são destacados os principais pontos das contribuições recebidas e as respectivas considerações da ANS. A gravação da audiência pública está disponível no endereço eletrônico www.ans.gov.br, em "Participação da Sociedade", no item "Audiências Públicas".

Pergunta relacionada à apresentação do Dr. Rafael Vinhas: João Fernandes (Conselho Brasileiro de Oftalmologia – CBO)	
<ul style="list-style-type: none">- Questionou o fato de os índices de inflação não serem adequados ao reajuste de plano de saúde. No entanto, o IPCA tem sido utilizado, nos últimos anos, como índice de correção dos prestadores de serviços.- Indagou se a ANS está preocupada com os prestadores de serviço.	
QUESTIONAMENTOS E PONDERAÇÕES	
PONDERAÇÕES DA ANS: Informou que a matéria não era objeto da audiência pública.	
PONDERAÇÕES DA ANS: Declarou que a temática está sendo objeto de consulta pública, disponível no site da ANS.	

**UNIMED DO BRASIL
(Paulo Roberto Webster)**

Trouxe dados do setor objetivando demonstrar que os custos na assistência à saúde aumentam muito acima da inflação de mercado, apontando como principais variáveis que induziram este aumento:

- Aumento de frequência na utilização dos procedimentos cobertos (consultas, exames, e terapias, etc.).
- Política de preços dos medicamentos editados pelo CMED (ANVISA) que permite margens absurdas entre custos reais adquiridos no mercado e o preço praticado pelas clínicas e hospitais;
- Novos protocolos de tratamentos oncológicos com custos de medicamentos cada vez mais elevados;
- Novas terapias "judicializadas" com preços estratosféricos;
- Novas coberturas do Rol de Procedimentos mínimos editadas a cada dois anos.

QUESTIONAMENTOS E PONDERAÇÕES SOBRE A APRESENTAÇÃO

QUESTIONAMENTO DE CIDADÃO²:

- Questionou o fato de que se o beneficiário de plano individual acaba sendo mais custoso para a operadora de planos de saúde, por que o reajuste dos planos coletivos é muito superior ao reajuste dos planos individuais.
- Dirigindo-se à mesa, sugeriu à Agência que não fossem aplicados reajustes aos beneficiários com mais de 70 anos de idade, pelo fato de que nesta faixa etária, dispõe-se de menos dinheiro, e tem-se que suportar mais obrigações.

QUESTIONAMENTO DA ANS:

- Indagou se a Unimed teria uma proposta de metodologia do reajuste.

CONSIDERAÇÕES DA UNIMED:

- Respondeu que nos planos coletivos o percentual de reajuste está relacionado à massa de beneficiários. Podendo acontecer de a massa de beneficiários ser pequena e, em um caso de sinistralidade ter-se-ia percentuais de reajuste mais elevados.
- Ressaltou que, no caso desses planos, o reajuste é negociado entre a operadora e a empresa em função do aumento de custos.
- Destacou, contudo, que existem planos coletivos com percentual de reajuste inferior a 13%.

PONDERAÇÕES DA ANS:

- Esclareceu que a audiência se destina ao debate da temática do reajuste e que todos os fatores e falas seriam levados em consideração.

CONSIDERAÇÕES DA UNIMED:

- Asseverou que a metodologia de reajuste não pode ser dissociada da questão do acompanhamento dos custos.
- Reconheceu que as operadoras devem buscar formas de mitigar os seus custos.

² Pelos áudios e vídeos analisados não foi possível identificar o nome do cidadão.

QUESTIONAMENTO DA ANS:

- Inquiriu se a proposta que está sendo apresentada seria um Pool de Risco com teto.

- Questionou como ficaria a situação das operadoras que possuem beneficiários de planos individuais, mas que não oxigenam suas carteiras.

PONDERAÇÕES DA ANS:

Sintetizou a proposta apresentada, questionando o entendimento de que cada operadora, que possui planos individuais, apresentaria para a ANS a necessidade de reajuste de sua carteira de planos individuais. A ANS, ou instituição externa, calcularia o teto. Haveria, então, a comparação do reajuste pleiteado pela operadora com esse teto.

PONDERAÇÕES DA ANS:

- Contextualizou a discussão lembrando que em 2015 foi constituído um Grupo Técnico de Política de Reajuste e Preço, que naquela oportunidade o grupo ficou durante três meses entendendo as políticas de

Destacou que a Unimed vem buscando uma mudança no modelo de atenção à saúde, com enfoque em atenção primária. Também enfatizou a questão do prontuário eletrônico, o qual poderá ser utilizado para o benefício da população e para o controle da sinistralidade.

- Propôs um Pool de Risco dos Planos individuais. Cada operadora calcularia o seu índice, de acordo com a cobertura e, a ANS, ou uma entidade externa, delimitaria um teto. O reajuste pleiteado deveria ser comparado com este teto e, quem fugisse deste parâmetro seria auditado.

CONSIDERAÇÕES DA UNIMED:

- Confirmou tratar-se de um Pool de planos individuais com um teto.

- Expôs que o fato de a operadora não oxigenar suas carteiras, seria um preço que ela pagaria. Mas, que o fato dela não oxigenar teria motivo, um dos motivos não seria o reajuste-teto colocado pela Agência, que de certa forma, estaria acompanhando, mas sim a concentração do risco.

- Destacou, contudo, que a falta oxigenação não impediria que a operadora entrasse na mesma regra.

CONSIDERAÇÕES DA UNIMED:

- Explanou não haver uma proposta oficial do Sistema Unimed, o que ocorreria após a audiência e o debate entre as operadoras Unimed.

- Declarou, pessoalmente, ser mais simpático à nova proposta apresentada pela Agência.

CONSIDERAÇÕES DA UNIMED:

- Informou que após discussão com todas as operadoras do sistema, apresentaria uma proposta oficial.

reajuste e preço que estavam sendo praticadas à época.

- Na análise de impacto regulatório (AIR), foram discutidas algumas propostas de reajuste de planos individuais.

- Esta Análise de impacto Regulatório comparou a regulamentação vigente (Yardstick Competition) frente outras regulamentações: com o Value Cap (proposta apresentada pela Agência); o Pool Regulado (que parece muito com a proposta trazida pela Unimed) e um Pool Regulado expandido.

- Dentre as considerações do Grupo Técnico, analisou-se vantagens e desvantagens de cada proposta, de forma multicriterial, em que foram considerados quesitos como transparência, tecnicidade, entendimento para o beneficiário, não apenas para as operadoras e o incentivo à comercialização de planos individuais.

- Frente às outras propostas, na análise multicriterial, a proposta apresentada pela Agência, foi a que apresentou mais robustez e mais chance de conferir para os planos individuais a reposição do custo da variação dos custos médico-hospitalares.

PONDERAÇÕES DO SR. LUIZ AUGUSTO DOS SANTOS LIMA – MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL:

- Relatou que o Ministério Público Federal, devido à sua capilaridade, vem recebendo uma grande demanda, oriunda da comunidade, a intervir na temática.

- Sublinhou que um dos pontos que já é inclusive objeto de judicialização, é o entendimento de que a ANS teria atribuição sobre os planos coletivos e, haveria uma omissão injusta com relação a isso.

- Expôs que passou pelo CADE, como representante do MPF e, que lá tomou ciência do gigantismo que é a estrutura da Unimed, o qual considera um grupo econômico, apesar do entendimento de ser uma confederação.

- Expressou que entende existir falta de competição neste ambiente.

- Questionou se seria um mito, se não influiria na política de preço.

CONSIDERAÇÕES DA UNIMED:

- Entendeu que foi uma colocação e, preferiu conversar pessoalmente.

**FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – FENASAÚDE
(Bruno Eduardo dos Santos)**

A apresentação do participante abordou os seguintes tópicos: a identificação do problema; a análise das regras atuais de reajuste de planos individuais e a proposta apresentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar referente à revisão desta política e, por fim, a apresentação da proposta da FenaSaúde acerca da temática.

No tocante à identificação do problema, realizou uma breve digressão histórica a respeito do controle de preços. Ponderando que se tal controle for praticado de forma equivocada, gera efeitos no médio/longo prazos, tais como a criação de mercados negros, a má alocação de recursos e o aumento da escassez. Escassez esta que já poderia ser constatada pela redução na oferta de planos individuais.

Sustentou que a falha de mercado existente na saúde suplementar, seria a assimetria de informação, a qual não justificaria o controle de preços, que é realizado por imposição legal.

Ressaltou, ainda, a importância em não se confundir “inflação médica” com inflação, sublinhando que os custos têm sido crescentes, por questões que envolvem a frequência de utilização, o aumento de preços, o desperdício, as fraudes e abusos, o envelhecimento, a incorporação de tecnologias e a judicialização.

Quanto à análise das regras atuais de reajuste de planos individuais, declarou que o atual modelo não está recompondo a variação dos custos dos planos individuais, que a regulação do preço não resolveria as causas do aumento das despesas e que o resultado tem sido a escassez de planos individuais.

Em referência à proposta apresentada pela ANS sobre a revisão da política de reajustes de planos individuais, apresentou como principais críticas:

- A questão da VCMH não levar em consideração variáveis importantes, tais como, o porte da operadora e variação do padrão do plano (upgrade/downgrade);
- O fator de produtividade não pode ser o geral da economia, tendo em vista que o maior ganho de produtividade na economia brasileira veio da agricultura;
- A revisão técnica é indissociável da regulação por teto-de-preços, tendo em vista que o equilíbrio econômico-financeiro está previsto na lei e deve ser garantido.

Defendeu maior liberdade de reajuste, já que as regras de portabilidade atualizadas permitem maior competição e, esta liberdade deve ser acompanhada de liberdade de reajuste.

Finalizou apresentando a proposta da FenaSaúde para o reajuste de planos individuais, que seria a utilização de um índice de teto-de-preços, porém com algumas ponderações importantes, entre elas:

- O cálculo da VCMH deveria ser realizado por instituição reconhecida e independente, devendo, ainda, incorporar a diferenciação por porte e por nível de plano;
- O Fator de Produtividade também deveria ser calculado por entidade externa;
- Reajuste não poderia ser único, facultando-se às operadoras o reajuste por meio de avaliação dos custos, advogando por uma regulamentação nos moldes do mercado americano, na qual a possibilidade de reajuste seja aberta por meio de um patamar máximo de sinistralidade;
- O modelo já deveria trazer a previsão da instituição da revisão técnica e a sua periodicidade.

QUESTIONAMENTOS E PONDERAÇÕES SOBRE A APRESENTAÇÃO**PONDERAÇÕES DO SR. FRANCISCO NASCIMENTO – SECRETÁRIO-GERAL DA UNIÃO GERAL DOS TRABALHADORES (UGT):**

- Questionou o fato do SUS com uma receita inferior conseguir realizar maior número de procedimentos que os planos privados de assistência à saúde.
- Manifestou-se, também, no sentido de que a VCMH não é o índice adequado para fazer a correção dos planos de saúde.
- Após o esclarecimento pela mesa de que poderia expor suas colocações através de uma apresentação, optou por esta forma de manifestação.

PONDERAÇÕES DO SR. JOÃO FERNANDES – CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA (CBO):

- Questionou se não seria monopólio o fato de a FenaSaúde afirmar ter 41% do mercado.
- Ressaltou que o representante da FenaSaúde afirmou que a “inflação médica” foi superior a inflação, sendo que o índice de correção pago pelas operadoras aos prestadores de serviço foi o IPCA e as operadoras não corrigem seus planos pelo IPCA.

PONDERAÇÕES DA SRA. MARILENA LAZZARINI – PRESIDENTE DO CONSELHO DIRETOR DO INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (IDEC):

- Questionou se não haveria uma terceirização do cálculo do reajuste, tendo em vista que pela proposta apresentada pela FenaSaúde, tanto o fator de produtividade quanto o cálculo do índice máximo de reajuste seriam feitos por uma entidade independente

CONSIDERAÇÕES DA FENASAÚDE:

- Explanou que monopólio seria do ponto de vista do comprador, caracterizado por haver um único comprador para o produto, no caso os planos de saúde, de vários vendedores.
- Quanto a uma possível insinuação de monopólio, esclareceu que, no caso dos planos de saúde, a concentração de mercado não é de simples identificação, necessitando de uma análise de dimensão geográfica e dos produtos que estão à disposição naquela determinada região.

CONSIDERAÇÕES DA FENASAÚDE:

- Aventou que, com relação ao fator de produtividade, o entendimento da FenaSaúde é o de que não é papel da ANS o cálculo deste fator, devendo ser realizado por instituições que tradicionalmente fazem esse tipo de cálculo.
- Em relação à VCMH, o entendimento é o de que a agência teria capacidade de calcular o índice. Contudo, a consulta a entidades externas seria no sentido de entender quais

<p>PONDERAÇÃO DE CIDADÃO (Unimed):</p> <ul style="list-style-type: none">- Questionou se alguma entidade externa teria mais dados e conheceria mais a saúde suplementar do que a ANS.- Indagou, ainda, o que aconteceria com uma operadora caso ela tivesse reajustes insuficientes, reajuste por índices inflacionários que não viessem a refletir a variação dos custos assistenciais.	<p>fatores, na visão delas, deveriam compor os critérios de cálculo da VCMH.</p> <p>CONSIDERAÇÕES DA FENASAÚDE:</p> <ul style="list-style-type: none">- Expressou que nenhuma entidade no Brasil, atualmente, possui tantos dados referentes à saúde suplementar quanto a ANS, não havendo o questionamento quanto à capacidade da ANS na realização do cálculo. Todavia, entende que entidades externas, que possuem experiência nesses tipos de cálculo para outros setores possam contribuir.- Com relação ao questionamento acerca do que ocorreria se uma operadora tivesse reajustes insuficientes, referindo-se às colocações do início de sua apresentação, assevera que o que acontece quando se controla preços sem reposição dos custos é a escassez no mercado, apontando que várias operadoras saíram do mercado de planos individuais.
--	--

EDUARDO CHOW DE MARTINO TOSTES
(Pesquisador da Universidade Federal Fluminense e Defensor Público do Estado do Rio de Janeiro)

O apresentador esclareceu que gostaria de transmitir a perspectiva do consumidor sobre a temática e tecer algumas considerações à luz de reflexões que levam em conta a decisão do Tribunal de Contas da União (TCU), a Ação Civil Pública do IDEC, os estudos realizados pelo corpo técnico da ANS, a litigiosidade do setor e a assimetria de informação pelos consumidores.

Destacou que a proposta foi escrita a muitas mãos, sendo subscrita pela Defensoria e pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro.

Ponderou que a ANS está discutindo não apenas o reajuste de planos individuais e colocou-se à disposição ao debate do reajuste de planos coletivos. Tendo em vista que mais de 80% dos planos do setor são planos coletivos, não sujeitos, portanto, ao teto de reajuste. Destacou, inclusive, o ajuizamento pelo Ministério Público Federal de ações questionando a não limitação no reajuste dos planos coletivos, as quais tramitam na Justiça Federal de Alagoas e do Espírito Santo.

Partindo das referidas reflexões, apresentou as seguintes proposições:

- Com relação ao reajuste de planos individuais, indo ao encontro de uma nova metodologia, defendeu que o índice deve basear-se em elementos claros, transparentes e auditáveis, cuja elaboração se desse por meio de equipe multi-institucional.

- Considerou de fundamental importância a necessidade de a ANS ter ciência do preço de cada produto em vigor no mercado. Haja vista o preço inicial informado pela

operadora à Agência poder apresentar uma margem de variação de 30% para mais ou para menos, permitindo uma variação de até 85,7% nos preços de comercialização efetivamente praticados, o que não se revela satisfatório para o monitoramento do preço.

- Discorreu também sobre a necessidade de a ANS ter uma visão total do mercado, a partir da informação completa do consumidor, da operadora e do médico/ prestador, com a ciência dos custos dos procedimentos realizados pelos prestadores e pagos pelas operadoras, para fins de análise dos dados de todo o setor de saúde suplementar pela Agência.

- No tocante aos planos coletivos, defendeu que a totalidade dos beneficiários dos planos coletivos por adesão sejam incluídos no Pool de Risco. Enquanto que nos planos coletivos empresariais, sugeriu o estabelecimento de um limite de reajuste para um Pool de até 100 vidas e, a criação de um outro Pool de Risco entre 100 e 500 vidas, uma vez que o Pool demonstrou ser uma medida regulatória eficiente e que produziu bons resultados.

- Propôs a criação de um espaço de mediação, um espaço neutro na própria Agência, visando à negociação e resolução de conflitos sobre reajuste de planos de saúde coletivos de empresas/administradoras de benefícios de pequeno e médio porte.

- Por fim advogou pela adoção de uma coparticipação ativa ou positiva, argumentando que muito se questionou acerca da coparticipação negativa, que seria um desestímulo a utilização. Contudo, a coparticipação positiva seria um estímulo a hábitos saudáveis, os quais tenderiam a diminuir os custos para empresa e, isso se refletiria em benefícios para o consumidor de plano de saúde. Também abordou a questão da portabilidade ilimitada que estimularia a competitividade.

QUESTIONAMENTOS E PONDERAÇÕES SOBRE A APRESENTAÇÃO

PONDERAÇÃO DA SRA. ROSÂNGELA LUNARDELLI CAVALLAZZI – DIRETORA DO BRASILCON:

- Ponderou que estava se discutido, na audiência pública, o reajuste de planos coletivos e individuais, dado não estar especificado no regimento que trataria apenas dos planos individuais.
 - Questionou ao apresentador sua opinião acerca da importância da conexão dos reajustes tanto dos planos coletivos, quanto dos individuais, pela existência de uma comunicação direta entre eles, e, talvez ser um equívoco, uma proposta de minuta de resolução já de forma antecipada no site da ANS.

CONSIDERAÇÕES DO SR. EDUARDO TOSTE:

Asseverou que, no site da ANS, nas informações disponíveis desta audiência pública, existe uma minuta de resolução dos planos individuais. Mas, que efetivamente não houve um avanço quanto aos coletivos, ficando o registro para que também se avance nesta temática, pois é um pleito muito importante para os consumidores.

CONSIDERAÇÕES DA ANS:

- Explanou que o material disponibilizado no site da ANS indicava que o assunto a ser tratado na audiência pública é a Política de Reajuste de Planos Individuais. Sem prejuízo, dar-se-á continuidade à discussão dos outros assuntos.

PONDERAÇÕES DO SR. MARCOS PAULO NOVAIS SILVA – SINAMGE:

- Parabenizou o apresentador por sua exposição e pelos pontos abordados, da necessidade de um modelo mais transparente.
- Afirmou que gostaria de contribuir com alguns aspectos abordados na apresentação, relacionados ao reajuste de planos coletivos. Esclareceu que o maior número de vidas não significa automaticamente menores índices de reajustes. Pois, quando se tem muitas dívidas agrupadas, do ponto de vista estatístico, o que se reduz é a volatilidade.
- Reiterou que o problema do reajuste elevado não está no número de vidas, nesse caso, ele está no custo e, que os custos do setor não estão sendo discutidos.

CONSIDERAÇÕES DO SR. EDUARDO TOSTE:

Agradeceu a contribuição, acrescentando que a informação completa do setor é algo que efetivamente se almeja.

**INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR – IDEC
(Ana Carolina Navarrete)**

Salientou a dificuldade na análise dos documentos disponibilizados, pela quantidade e complexidade dos temas, os quais foram elaborados em uma linguagem muito técnica e complexa inviabilizando a participação do leigo.

Recomendou que a Agência siga exemplos bem-sucedidos como os da Anvisa com relação à participação social.

Frisou que não ficou claro o objetivo da audiência, tampouco a delimitação do problema regulatório, tendo em vista que o regimento expressa como assunto da audiência a Política de Preços e Reajustes na Saúde Suplementar e esta questão envolveria quatro temas: as regras de precificação dos planos de saúde; as regras de reajustes para planos individuais; a revisão técnica de preços dos planos individuais e as regras de reajustes para planos coletivos.

Todavia, constatou-se um afunilamento das discussões para o tema da mudança de metodologia de reajuste para os planos individuais. Sendo que, a Nota Técnica, disponibilizada entre os documentos da audiência, enfatizou a necessidade de tratamento simultâneo dos temas, como vasos comunicantes, o objetivo de não serem disseminados desequilíbrios no setor.

Asseverou que o IDEC encontrou algumas fragilidades nos documentos disponibilizados e que gostaria de contribuir mostrando onde a Agência pode aprimorar para garantir uma participação social mais efetiva.

Apontou que a ANS assinalou 4 fragilidades que podem causar distorções no reajuste de planos individuais no modelo atual, quais sejam: a defasagem temporal; a

impossibilidade de verificação externa do cálculo; o cálculo não baseado no perfil de risco da carteira individual e o risco de vício estrutural. Contudo, deixou de indicar outras fragilidades sinalizadas por órgãos externos, como o Tribunal de Contas da União (TCU) e o Ministério da Fazenda.

O TCU manifestou não haver, por parte da ANS, mecanismos suficientes para prevenir, identificar e corrigir reajustes abusivos em planos coletivos, os quais são a base para o cálculo dos individuais e a existência de vulnerabilidade por parte das empresas adquirentes dos planos coletivos em relação às operadoras de saúde, no que se refere à especialização técnica em atuária, bem como a não disponibilização de informações sobre os custos dos serviços, o que dificultaria o poder de barganha dessas empresas.

Ademais, sublinhou que o Ministério da Fazenda também aventou algumas fragilidades na aplicação da atual metodologia de reajuste de planos individuais e recomendam zelo adicional em sua aplicação por parte do regulador. Exemplificando com a possibilidade de formação de conluio entre as empresas para influenciar o resultado do reajuste.

Além de haver identificado, que no cálculo, não são levados em consideração os custos dos planos coletivos, mas sim o seu aumento percentual do preço, o qual pode ser resultante de diversos fatores, que não os diretamente ligados à variação do custo assistencial.

Advertiu que restou dúvidas se o problema seria a metodologia ou a sua implementação, defendendo não ser apropriado discutir uma revisão de metodologia de reajuste de plano individual se a resposta não está clara e, se a própria Agência em seus documentos técnicos entende que ela não pode ser feita de forma isolada.

Finalizou propondo sugestões:

- Que a Audiência Pública fosse destinada exclusivamente à coleta de dados e informações trazidas pelos diversos segmentos interessados no assunto;
- Que partindo dos elementos trazidos sejam construídas propostas para os 4 temas que compõem a política de preços e reajustes e, que se produza uma nova Análise de Impacto Regulatório nas diretrizes estabelecidas pelo Guia AIR da Casa Civil;
- Que se realizasse uma Consulta Pública, com duração mínima de 45 dias (com fundamento na Resolução Conama 09/87 e disposição no Guia para elaboração de Análise de Impacto regulatório do Governo Federal);
- Que se elaborasse um relatório de consolidação das contribuições enviadas pela sociedade; e
- Que se realizasse uma nova Audiência Pública, após a disponibilização dos documentos.

QUESTIONAMENTOS E PONDERAÇÕES SOBRE A APRESENTAÇÃO

PONDERAÇÕES DA ANS:

- Esclareceu que a audiência pública já é uma resposta às recomendações que foram

feitas pelo TCU, sendo parte da construção da resposta.

- Pontuou que a política de preço tem, de fato, quatro eixos e que tratá-los dissociadamente, pode causar mais distorções. Contudo, diante da necessidade de resposta tempestiva ao TCU, o reajuste individual foi antecipado.

- Ressaltou que, em nenhum momento, falou-se em flexibilização de regras para reajuste de planos individuais. A ideia foi de colher subsídios para se chegar a um melhor resultado.

PONDERAÇÕES DA ANS:

- Ponderou sobre alguns dados trazidos pelo IDEC, como a possibilidade de conluio nos dados dos reajustes coletivos e que isso influenciaria o cálculo do reajuste individual, ressaltando que o tamanho da base de dados já descartaria a possibilidade de conluio, dado o universo de operadoras, de comunicados e de planos. Ademais, destacou que a base de dados sofre tratamento estatístico, em que os reajustes considerados outliers são retirados da base de dados.

- Sublinhou, ainda, que a base de dados é monitorada e os dados são verificados junto às operadoras e pessoas jurídicas contratantes.

- Advertiu quanto a existência da RN 389, a qual possibilita a toda pessoa jurídica contratante, 30 dias antes do recebimento do reajuste, a disponibilização da base de cálculo do reajuste referente ao seu contrato, conferindo mais transparência na negociação.

- Finalizou, acrescentando que a ANS não autoriza o reajuste de planos coletivos, mas isso não significa que ela não monitore, e que ela não observe de perto os reajustes praticados.

CONSIDERAÇÕES DO IDEC:

- Esclareceu que a expressão conluio não é uma crítica do IDEC, mas consta da Nota Técnica do Ministério da Fazenda, que seria o responsável por autorizar o reajuste dos planos individuais.

- Aventou a ideia de que mesmo com uma base de dados ampla, seria possível a existência de atuação de grupos específicos dentro de determinado mercado visando a projeção de um reajuste mais elevado, mencionando que segundo o Ministério da Fazenda isto poderia ocorrer.

- Explanou que o fato de a ANS não regular o reajuste de planos coletivos, no entendimento do IDEC seria uma opção regulatória, já que existe fundamento legal na lei de sua criação. No artigo quarto desta norma não há especificação quanto ao reajuste de planos individuais.

- Atentou que o fato de a Agência não autorizar o reajuste dos planos coletivos, não impede que sejam exploradas outras possibilidades, tais como a criação de uma interface em que o consumidor pudesse checar as informações, permitindo assim que a agência verificasse a veracidade dos reajustes.

- Defendeu, também a possibilidade de tornar público os reajustes de todos os contratos de planos coletivos nos sites das operadoras, o que permitiria uma maior transparência e estimularia a concorrência.

PONDERAÇÕES DA ANS:

- Lembrou que os quatro eixos fazem parte da política de reajuste e preço. No momento, o enfoque é para o reajuste de planos individuais, todavia, uma importante questão é da precificação.
- Asseverou que desde a primeira vez que a área técnica levou o assunto para a Diretoria Colegiada, já levou com a ideia de vasos comunicantes.
- Advertiu que o Ministério da Fazenda não autoriza o reajuste. Ele é ouvido para que a ANS juntamente com a sua Diretoria Colegiada, defina o reajuste de planos de saúde individuais.

PONDERAÇÕES DA ANS:

- Declarou que a ideia da audiência pública se deveu a premência de resposta ao TCU, quanto ao reajuste individual.
- Esclareceu que a disponibilização dos demais documentos relacionados à política de preços e reajustes de planos de saúde foi no sentido de viabilizar uma discussão mais qualificada, não significando que o assunto se encerra na audiência.
- Quanto à minuta de resolução, ressaltou que como o próprio nome expressa, trata-se de uma proposta de reajuste de planos individuais, a qual está aberta a críticas.
- Com relação ao tecnicismo, explicou que embora o esforço para abordar o assunto da forma mais clara, em alguns casos o uso de termos técnicos é indispensável.
- Expôs que as audiências e consultas públicas seriam uma forma da Agência abordar o assunto em uma linguagem mais acessível, onde a sociedade pode apoderar-se dos dados, entender, discutir e apresentar suas críticas e sugestões.

PONDERAÇÕES DA ANS:

- Acrescentou que a agência de fato entende a necessidade de tradução de vários de seus termos técnicos. Tanto que possui 33 parcerias com órgãos públicos, muitos dos quais promovem a defesa do

CONSIDERAÇÕES DO IDEC:

- Reforçou a questão de que a Agência pode aprimorar a participação social produzindo documentos em uma linguagem mais acessível.
- Sugeriu a realização de reuniões organizadas pela Agência com entidades de defesa do consumidor e de pacientes, possibilitando um melhor entendimento dos documentos técnicos, por aqueles que irão opinar em audiências e consultas públicas.

consumidor. Havendo troca de informações e a elaboração de cartilhas didáticas objetivando tornar mais clara a linguagem.

PONDERAÇÕES DA ANS:

- Expressou que a matéria de Análise do Impacto Regulatório está sob sua responsabilidade na Agência e, que vários trabalhos têm sido realizados junto ao grupo coordenado pela Casa Civil. Destacando que para os membros deste grupo, a ANS é entendida como referência, inclusive para fins de participação social, o que demonstra que o órgão regulador vem desenvolvendo as melhores práticas regulatórias.

RODRIGO MENDES LEAL
(Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABRES)

Iniciou a apresentação ressaltando a importância da audiência pública e, em especial o processo do Comitê específico que se reuniu em dezembro/2017 e fevereiro/2018, cujos dados produzidos subsidiam a presente discussão.

Lamentou, por ocasião das reuniões do Comitê, ainda não existir uma Análise de Impacto Regulatório e o fato de que após a produção do referido documento, que data de março/2018, não ter havido outro encontro, ocorrendo apenas agora com a audiência pública. Por isso, afirmou encarar a audiência, como uma audiência de esclarecimentos e uma oportunidade para que a discussão ganhe maturidade e avance em um novo momento de participação social.

Frisou a importância da transparência e dos mecanismos de participação social, de forma a não permitir que o problema cresça e se torne um impasse, como acabou se tornando.

Destacou que as avaliações e documentos estão disponíveis no site da ANS. Mas, que o seu entendimento pode ser dificultado por não estarem organizados pelas datas que foram produzidos.

Recomendou a leitura da Nota Técnica nº 12/2018, por ser uma Nota que abordou os diversos assuntos tratados posteriormente ao voto que apontou a não colocação do tema para a Consulta Pública em março/2018.

Retomou os elementos que iniciaram o Comitê técnico, no sentido de que houve uma piora no grau de mutualismo do setor como um todo e, que o mutualismo seria um elemento-chave para a sustentabilidade. Afirmando, ainda, que ficou evidenciado nas apresentações do Comitê e nas Notas Técnicas, que o modelo atual, que historicamente vinha se comportando proximamente à VCMH, estava abrindo uma “boca de jacaré”.

Discorreu que a proposta técnica apresentada pela ANS busca conjugar a VCMH com elementos técnicos de eficiência, sublinhando que existem diversas formas de se medir produtividade, mas é preciso buscar caminhos que coloquem estabilidade, por isso a opção pela produtividade geral da economia.

Com relação a quem efetuará o cálculo do índice, declarou que a ANS possui essa propriedade dos dados e que muitos deles são sigilosos, mas deve-se buscar mecanismos de maior transparência nesse sentido.

Concluiu com algumas observações e sugestões pontuais:

- A utilização da VCMH proveniente da base de dados das operadoras. Por ser um dado público e possível ser auditado.

- Os índices de variação de custos dos produtores, como já existem em outros países, trazem mais dados que inspiram a discussão das políticas públicas como um todo.

- O monitoramento dos planos coletivos, ainda que não sejam mais a referência para o cálculo do reajuste dos planos individuais, necessitariam de um fortalecimento em sua regulação.

- Os índices de preços do produtor envolveriam uma interação da Agência com outras instituições e com mais elementos que viessem a refletir a variação, não só da frequência, com dados da ANS, mas também com elementos da variação de preços, que compõem o índice de valor.

QUESTIONAMENTOS E PONDERAÇÕES SOBRE A APRESENTAÇÃO

PONDERAÇÕES DA ANS:

- Questionou se teria alguma proposta com relação ao cálculo da VCMH, de como o cálculo poderia captar modificações como tais como o envelhecimento da população e o downgrade.

CONSIDERAÇÕES DO SR. RODRIGO LEAL:

- Ponderou que a questão coloca o desafio do ponto de partida, que era considerar os quatro mecanismos regulatórios de forma combinada.

- Acrescentou não ser uma questão simples, mas que a VCMH tratado de uma fórmula agregada e, na perspectiva deste ano resolver o problema no deslocamento da metodologia atual, é hoje uma solução de contingência.

- Continuou dizendo que o tratamento dessas particularidades precisaria ser mais discutido, visto ser complicado tratar na individualidade. Mas, que talvez possa existir algum mecanismo anteriormente concebido de regras de exceção em função de sinistralidade para evitar que uma determinada operadora quebre.

- Esclareceu que esta não é uma ideia refletida suficientemente.

PONDERAÇÕES DA SRA. ANA CAROLINA NAVARRETE – IDEC:

- Afirmou que um pesquisador da ABRES, mesma associação do apresentador, de nome Carlos Ocké, chegou a arriscar algumas sugestões para o índice de reajuste de planos individuais, que envolveria o IPCA setorial de saúde, expurgado o item planos de saúde.
- Solicitou, caso fosse possível, se poderia discorrer sobre este ponto.

PONDERAÇÕES DO SR. BRUNO EDUARDO SANTOS – FENASAÚDE:

- Questionou o porquê de o apresentador entender que o IPCA Saúde seria um índice adequado.
- Ressaltou, ainda, que a FenaSaúde acredita que não seria um bom índice devido a alguns problemas de mensuração, além de não ser um índice de valor.

CONSIDERAÇÕES DO SR. RODRIGO LEAL:

- Ponderou que no mesmo posicionamento, o presidente da ABRES também colocou a importância de se ter mais índices de inflação. Contudo, na ausência deles tem-se o IPCA saúde, o qual deve ser uma referência para esta reflexão, sendo possível fazer os expurgos. Acrescentou, ainda, que a ANS poderia divulgar uma análise de impacto regulatório com essas possibilidades concretamente traduzidas em termos numéricos.
- Ressaltou, entretanto, que sua posição técnica pessoal é a de que deve ser considerada a variação de preços, mas que a frequência deve ser também balanceada para compor o índice do reajuste.
- Acentuou que o aprimoramento na regulação do preço de entrada é fundamental, de forma a evitar possíveis práticas pelas empresas tais como, as de desconto na entrada e pleito posterior pelo reajuste. Mas, que a Análise de Impacto Regulatório e mais estudos a serem realizados pela ANS poderiam contribuir nesse sentido.

CONSIDERAÇÕES DA ANS:

- Afirmou que quanto à questão da comercialização, os estudos realizados pela área técnica já estão bastante avançados e que serão levados adiante rapidamente. Haja vista que a margem da comercialização entre o preço que é registrado e o que é de fato colocado no mercado, impede um acompanhamento real de evolução de preço.

CONSIDERAÇÕES DO SR. RODRIGO LEAL:

- Expressou que a sua posição pessoal, a qual não necessariamente seria a posição da ABRES, seria a da importância do IPCA como uma referência-chave para a discussão atual, pelo impacto na capacidade de pagamento das pessoas. Todavia, a questão da frequência deve ser considerada, não apenas o preço.

PONDERAÇÕES DA ANS:

- Questionou se a opinião do apresentador era a de que a frequência seria determinante para variar o preço de plano de saúde. Sublinhando que ao se considerar a frequência de utilização, passaríamos a falar em um índice de valor e não um índice de preço.

CONSIDERAÇÕES DA SRA. ANA CAROLINA NAVARRETE - IDEC:

Ressaltou que trouxe a questão do IPCA como índice de preço, no sentido de questionar de que forma Agência pretende considerar a capacidade de pagamento dos consumidores. Já que a inflação indicaria o quanto a capacidade de pagamento estaria divorciada ou da VCMH, ou do teto do reajuste, ou da variação dos custos de maneira geral.

PONDERAÇÕES DO SR. MARCOS PAULO NOVAIS SILVA – SINAMGE:

- Mencionou que algumas propostas trazidas pelo apresentador, abordaram as questões de preço, frequência e custo. Contudo, continuaria regulando-se pela média, ou seja, um único índice para todo o mercado.

- Questionou se haveria alguma proposta para sanar um eventual problema que o uso da média poderia trazer no futuro, porque a rigor, estaria se expulsando metade das operadoras do mercado.

CONSIDERAÇÕES DO SR. RODRIGO LEAL:

- Expôs que seria um o índice de valor, mas não um índice de valor puro, devido a discussão do desconto de eficiência, da qualidade.

CONSIDERAÇÕES DO SR. RODRIGO LEAL:

Ponderou que de fato a capacidade de pagamento dos consumidores deve ser considerada na análise.

CONSIDERAÇÕES DO SR. RODRIGO LEAL:

- Constatou que esta já é uma questão presente no modelo atual utilizado a tantos anos. Asseverando que a média sempre foi defendida no Yardstick como um estímulo à eficiência.

- Advertiu que há uma deficiência no modelo atual, no sentido de trazer o reajuste dos planos coletivos como um todo.

- Exemplificou com o caso de uma operadora que negociou com uma grande empresa um desconto, fazendo, supostamente, depois os ajustes no reajuste. Isto já seria um peso quando os reajustes dos planos coletivos forem utilizados para o cálculo do reajuste dos planos individuais. Além do fato de que a operadora pode estar considerando no reajuste dos coletivos custos administrativos, de marketing, etc.

- Sustenta que a migração do modelo atual para a VCMH seria um avanço na superação das deficiências. Não obstante, com relação à média, ela continuaria como um mecanismo de incentivo à eficiência, a qual deve ser pensada juntamente com os outros

três pilares colocados como mecanismos de regulação de Política de Preços e Reajustes.

CONSIDERAÇÕES DA ANS:

- Asseverou que até o ano de 2017 não houve vício estrutural na metodologia de reajustes de planos individuais, dado que o reajuste máximo autorizado não descolou da variação do custo médico-hospitalar do setor. Mas, que desde 2012 quando se começou a separar as despesas médicas hospitalares dos planos individuais e dos planos coletivos no DIOPS, a ANS já vinha se preparando, maturando os dados, para que pudesse, em algum momento fazer a migração do reajuste dos planos individuais, baseado no reajuste dos planos coletivos, para o reajuste baseado na variação de custos médico-hospitalares.

- Sustentou que a VCMH é um bom parâmetro para recompor custos médico-hospitalares dos planos individuais. Pois, como bem observou o apresentador, esta metodologia eliminaria os efeitos de uma possível má precificação de um plano coletivo, a qual posteriormente poderia ser compensada via reajuste, e os casos de reajuste que apresentassem variação de despesa não assistencial.

- Explanou que a além da VCMH, tem-se o fator de produtividade e o fator de faixa etária, porque o objetivo não é que seja feito um repasse automático de variação de custos. No tocante à utilização da média, ela seria um mecanismo de busca de eficiência pelas operadoras, visando que o índice autorizado pela ANS represente realmente a sua variação de custo médico-hospitalar.

SINDICATO NACIONAL DAS EMPRESAS DE MEDICINA DE GRUPO – SINAMGE (Marcos Paulo Novais Silva)

Salientou que o mercado de saúde suplementar é um mercado fora do normal de qualquer mercado da economia brasileira. Exemplificou demonstrando o cenário dos anos de 2014 a 2017, em que houve uma queda no número de beneficiários e constatou-se um aumento na quantidade de exames, terapias e internações.

Ponderou que, no sentido econômico o volume de procedimentos deveria ter caído, mas não foi observado, demonstrando a existência de outros fenômenos por trás do processo, que fez com que a quantidade de procedimentos crescesse. Entre eles citou: o

mal-uso/desperdício, uma mudança epidemiológica, o envelhecimento da população, além de outras mudanças, as quais muitas vezes são imperceptíveis.

Assinalou que a variação do custo médico não é uma discussão exclusivamente brasileira e que a variação de custo está elevada em todo o restante do mundo. Mesmo no Canadá, que com um forte desenvolvimento de saúde pública, tem-se uma inflação de saúde que chega a ser seis vezes a inflação geral da economia. Na Austrália, onde metade da população é coberta por planos de saúde e a outra metade acessam os serviços públicos, os índices de inflação indicam, uma inflação médica de cerca de três vezes maior que a inflação geral da economia.

Apresentou dados de três consultorias multinacionais, as quais não são operadoras e nem representam direitos de operadoras de planos de saúde. Esclareceu que tais consultorias são contratadas pelos grandes empregadores do Brasil e do mundo para gerenciar benefícios e representando, pelo menos, umas 300 grandes empresas.

Constatou que essas consultorias ao analisar os 300 grandes contratos chegou a uma conclusão que a variação de custo ficou entre 16% e 17%, em 2017. Um universo restrito, mas que demonstra que a variação de custo está próxima daquilo que se vem discutindo.

Trouxe dados do mapa assistencial da ANS para demonstrar o aumento do preço de consultas, exames, terapias e internações, assim como da frequência de sua utilização, se comparados os anos de 2014 e 2017. Ressaltou que os atuários precificaram os planos de saúde com base em um cenário, o qual tornou-se muito diferente dentro de poucos anos, levando às operadoras a prejuízos, os quais não serão recuperados.

Advertiu a existência de mais de uma centena de operadoras, com cerca de 1,7 milhões de vidas em planos individuais, cujas receitas de planos individuais, não cobrem as despesas dos planos individuais e que o número dessas operadoras vem caindo com o tempo, seja por terem quebrado ou pelo fato de terem sido incorporadas. Assinalando que o desequilíbrio ocorre porque está se regulando pela média.

Como princípios norteadores de nova proposta, pontuou:

- A necessidade de estabilidade regulatória, haja vista os planos individuais serem mantidos até que o beneficiário opte por sair;
- O reajuste deveria estar fundamentado na variação de custos médico hospitalares, pois, o modelo atual baseia-se no reajuste de plano coletivo que não segue a dinâmica da variação do custo médico do reajuste do plano individual;
- Aplicabilidade do conceito de eficiência está prejudicada, porque a maior parte do custo está fora da governança da operadora;
- Necessidade de maior transparência para o processo;
- Incentivo à oferta de planos individuais;
- Criação de comitê permanente e interdisciplinar de monitoramento dos custos médico-hospitalares.

Quanto à proposta do Pool de risco (regulado ou expandido) apresentada pela ANS, no qual haveria a mistura dos contratos individuais, coletivos empresariais e por adesão,

na visão da SINAMGE, cair-se-ia no mesmo problema identificado atualmente, dado que os planos coletivos seguem uma dinâmica e um risco diferentes dos planos individuais.

Defendeu que a proposta mais factível tecnicamente é o Pool de Risco dos planos individuais, na qual:

- Cada operadora calcularia o seu Pool de plano individual e solicitaria autorização à Agência para aplicação do reajuste;
- A autorização estaria acompanhada por documentação devidamente auditada e com as bases de dados necessárias à replicação do cálculo;
- Haveria transparência e participação de entidade independente no processo;
- Criação de regra diferenciada para operadoras que ofertam planos individuais; e
- Regulamentação da revisão técnica deveria estar prevista, seja qual for o modelo a vir a ser implementado.

No tocante aos planos coletivos, em consonância com as propostas da Agência, também sustentou a extensão do Pool para até 100 vidas. Todavia expressou dúvida de como proceder-se-ia a mistura de contratos com perfil de risco e regras de subscrição diferentes, pontos que deveriam ser discutidos em eventual nova modelagem.

QUESTIONAMENTOS E PONDERAÇÕES SOBRE A APRESENTAÇÃO

PONDERAÇÕES DA ANS:

- Questionou se a proposta apresentada seria de Pool regulado sem teto em que cada operadora teria o seu reajuste.

PONDERAÇÕES DO SR. JOÃO MATOS (Servidor da ANS):

- Indagou, primeiramente, se houve da parte da SINAMGE uma avaliação de

CONSIDERAÇÕES DO SINAMGE:

- Respondeu que a proposta seria de um Pool de planos individuais em que cada operadora calcularia seu índice e solicitaria autorização da ANS para a aplicação do reajuste.
- À Agência caberia autorizar ou não, se eventualmente o índice estivesse fora de algum teto, ou poderia requisitar alguma justificativa para a operadora, mas sem que houvesse a imposição de um teto.
- Ressaltou que na última Consulta Pública a SINAMGE já havia colocado sua visão a respeito da metodologia Value Cap.
- Destacou que o modelo possui problemas intrínsecos, tais como, a questão da mudança de perfil de plano (migração) ser vista como variação de custo. Podendo, também, serem feitas críticas ao fato de que a metodologia parte do princípio de que toda a população envelheceu, desconsiderando uma possível composição etária positiva.

CONSIDERAÇÕES DO SINAMGE:

eventual impacto que poderia gerar na judicialização junto à agência, caso o índice a ser adotado não seja único para todas as operadoras, destacando que uma das boas características do índice atual, é o fato de que nunca houve, durante toda a política de reajuste da ANS, nenhuma acusação no sentido de manipulação ou favorecimento de uma ou outra instituição.

- A segunda relacionou-se ao expurgo mencionado de uma eventual mudança no perfil do plano. Avaliou que se isso já acontece com a atual metodologia, então uma mudança de metodologia não teria nenhum impacto sobre esse aspecto.

PONDERAÇÕES DA SRA. ANA CAROLINA NAVARRETE – IDEC:

- Retomou a fala do apresentador de que o reajuste pela média acabaria desestimulando a concorrência, e questiona o porquê das operadoras que poderiam oferecer um reajuste mais baixo que o teto, não o fazem, se elas são mais eficientes.

- Inquiriu sobre as diferenças entre a média e a moda e, quais são as vantagens na utilização de cada uma.

-Estendeu o questionamento à mesa, mencionando que a Nota técnica do Ministério da Fazenda, aponta que a ANS até um determinado período utilizava a média, e nos dois últimos anos passou a usar a moda.

- Ponderou que a questão da judicialização está presente em todas as áreas não apenas na saúde

- Afirmou ser necessário demonstrar para as pessoas que toda vez que se regula pela média, está se criando um subsídio entre as pessoas.

- Quanto a questão do downgrade dos planos, reconheceu que na metodologia atual isto já existe e eventualmente poderá influenciar. Que caso a ANS adote o Value Cap baseado na VCMH, que seja tratada a migração de produto.

CONSIDERAÇÕES DO SINAMGE:

- Explicou que seria uma decisão empresarial, esclarecendo que qualquer mercado regulado, em que se tem um referencial de preço, o mercado tende para este referencial de preço.

- A indagação é no sentido se esse referencial de preço é realmente necessário.

- Defendeu que num mercado monopolista, o referencial de preço se justifica. Contudo, o mercado de planos de saúde é um mercado concorrencial.

- Abordou aspectos puramente técnicos, esclarecendo que na média ponderada, pondera-se pelo número de vidas dos contratos de planos coletivos frente ao todo. Já a moda seria o número que mais apareceria dentro do modelo.

- Destacou que a ANS, na utilização da moda, expurgou o número que era igual ao reajuste do plano individual do ano anterior.

- Com relação às diferenças, asseverou que cada uma possui suas qualidades estatísticas, mas pela sua distinção seria difícil compará-las.

- Mencionou que o parecer do Ministério da Fazenda indicava que a média apresentava percentual superior à moda, o que ocorreu, então, foi uma mudança para menor.

CONSIDERAÇÕES DA ANS:

- Destacou que a escolha da medida de tendência central cabe à Diretoria Colegiada.
- Afirmou que a escolha da medida não interfere na metodologia, qual seja, a utilização do reajuste dos planos coletivos como base para o reajuste dos planos individuais.
- Enunciou que uma das críticas feitas ao modelo é a grande defasagem dos dados. A base de dados reflete a variação de 2 anos para trás, para ser aplicada ainda para 1 ano para frente. Partindo dessas premissas, a moda, como medida de tendência central, mais refletia o atual cenário econômico do país.

CONSIDERAÇÕES DA SRA. IARA RIÇA (SERVIDORA DA ANS):

- Retomou o questionamento da Ana Carolina Navarrete (IDEC) sobre a questão de as operadoras não aplicarem um percentual inferior autorizado.
- Ressaltou que a Agência autoriza um percentual máximo com base na análise do ambiente econômico e com vistas à sustentabilidade do setor.
- Informou ser facultado às operadoras a aplicação de um reajuste inferior ao teto, desde que aplicado a toda a carteira de planos individuais.
- Ilustrou com o caso de uma operadora, que trabalha verticalmente, a qual possui uma carteira de idosos, que aplicou, no ano anterior, um percentual de reajuste para planos individuais menor do que o autorizado.

QUESTIONAMENTOS DA ANS:

- Indagou qual seria a proposta para o incentivo de vendas de planos individuais mencionado e qual seria a diferenciação no reajuste para as operadoras que vendessem planos individuais.

CONSIDERAÇÕES DO SINAMGE:

- Concordou que a distinção começaria por uma diferenciação de reajuste, ou na hipótese de adoção pela ANS do modelo de Value Cap, poderia existir alguma incorporação de variação do custo da operadora.
- Ocorrendo a adoção da proposta de um Pool de planos individuais, sugeriu a existência de algum diferencial na hora de

analisar essas operadoras, eventualmente no índice de eficiência.

- Manifestou que este tópico poderia ser melhor exercitado posteriormente, dentro da proposta, mas basicamente seria interessante que fosse alocado dentro dos índices de eficiência.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PLANOS DE SAÚDE – ABRAMGE (Arthur R. Dalmarco e Cristiano Carvalho)

ABRAMGE iniciou a apresentação com a proposta de modelo de reajuste que é o pool “individual” de risco regulado.

Pontuou que a regulação se justifica na medida que corrige falhas de mercado. Na visão da ABRAMGE, no mercado de planos de saúde não há tantas falhas assim, a questão da assimetria de informação, que se justificaria o método Yardstick, não parece mais haver no mercado. Essa metodologia impede uma regulação ótima que significa melhorar o mercado, aumentar a oferta. A metodologia atualmente utilizada propicia um efeito carona (“freerider”) supostamente dos planos individuais com o poder de barganha dos planos coletivos. E esse efeito seria subsidiado por alguém, onde operadoras que tem maior escala conseguiram sobreviver e as que tem menor escala não conseguiram, resultando em uma queda na oferta e prejudicando o consumidor.

Apresentou as razões para reestruturação do reajuste. Enfatizou que o modelo atual apresenta alguns problemas estruturais, identificados na Análise de Impacto Regulatório (AIR) de forma bastante precisa, porém, as preocupações mais sensíveis, na opinião da ABRAMGE, são as relativas a transparência, além da discussão em si da metodologia de cálculo. Apresentou as alternativas abordadas pela AIR, e enfatizou que a proposta seria adotar o Pool de Risco Regulado. Na AIR essa alternativa levaria em consideração também os contratos coletivos até 30 vidas, a na visão deles o mais adequado seria um pool “individual” de risco regulado.

Com relação aos problemas não resolvidos, destacou o efeito da migração entre planos sobre o cálculo (efeitos diretos sobre os valores obtidos, porém não compensados – apenas atualizações no rol de procedimentos foram consideradas); o impedimento na diversidade de carteiras entre as operadoras, que prossegue como fator relevante à insustentabilidade das carteiras.

Aprofundou a metodologia proposta do pool “individual” de risco regulado, que na visão deles é a metodologia mais sofisticada para mitigar as falhas de mercado, reforçando, por óbvio, a autoridade da ANS, que continuaria com as suas prerrogativas de definir os reajustes possíveis, ou aprovar os propostos.

Reforçou que a metodologia proposta é de fácil implantação e conseguiria aumentar a eficiência do mercado, ao passo que consegue melhor refletir os custos que o mercado incorpora.

QUESTIONAMENTOS E PONDERAÇÕES**PONDERAÇÕES DA ANS:**

- Questionou se a proposta é um pool regulado por operadora, considerando a carteira individual, e como isso se difere da VCMH separada por operadora. Questionou também por que a operadora tem que solicitar esse reajuste, que é baseado na variação de custo, ao invés de ser um cálculo em cima de um dado que pode ser auditado, e se o cálculo proposto seria com base na VCMH.

PONDERAÇÕES DA ANS:

- Destacou que o modelo proposto está bem próximo da proposta da ANS e que uma das críticas que sempre foram feitas é que nenhum desses dois modelos captam uma eventual ineficiência na gestão de algumas operadoras, já que poderia haver apenas um repasse de custos. Questionou qual seria um critério, por exemplo, que a ANS poderia se basear para permitir o reajuste sem permitir o repasse da ineficiência inerente à uma operadora que não conseguiu controlar seus custos no período.

PONDERAÇÕES DA ANS:

Questionou a respeito do subsidio cruzado, se é aceito pela ABRAMGE o subsidio cruzado entre planos individuais e planos coletivos com menos de 30 vidas.

PONDERAÇÕES DA ANS:

Ponderou que existe uma possibilidade de a operadora querer sair do mercado de planos individuais, parando de vender planos individuais e de renovar a carteira. Nesse sentido, essa carteira só aumentaria custo aceleradamente. Questionou se, na proposta apresentada existe algum mecanismo para impedir que isso aconteça, impedir que a operadora fique só pedindo reposição de custos eternamente.

CONSIDERAÇÕES DA ABRAMGE:

- Acredito que sim.

CONSIDERAÇÕES DA ABRAMGE:

- Além dos critérios de auditoria, que colaborariam para aplicar a transparência, respondeu que a proposta da ANS caminhou bem no sentido de criar regras específicas para criar critérios de incentivos de eficiência dentro dos fatores de desvio padrão. Complementou afirmando que as condutas lesivas não podem ser completamente evitadas, mas se pode criar barreiras nesse sentido.

CONSIDERAÇÕES DA ABRAMGE:

Não. Só seria considerado o plano individual.

CONSIDERAÇÕES DA ABRAMGE:

Afirmou que é possível pensar em salvaguardas dentro da proposta. Podem haver milhares de medidas que supõe que o mercado adote e que poderiam ser trabalhadas. Além disso, afirmou que o beneficiário pode migrar se não estiver de acordo com os custos da operadora, mas o sistema atual prejudica bastante essa migração e a ideia é facilitar.

PONDERAÇÕES DA ANS:

Questionou a real diferença estrutural do que foi proposto pela ANS e a proposta da ABRAMGE, pois a ANS tem condição de verificar qual foi a variação de custos do período.

PONDERAÇÕES DO SR. JOÃO RODARTE

Apresentou dúvidas quanto ao efeito da Sinistralidade e questionou se nessa proposta a ANS ditaria a sinistralidade média. Complementou que num contrato empresarial é fácil de verificar a sinistralidade, mas no contrato individual não

PONDERAÇÕES DA SRA. RAQUEL DOS SANTOS:

Destacou que quando a agência fala em calcular a despesa pelo número de beneficiários ela não considera os beneficiários expostos ao risco e os planos individuais posteriores a lei tem muito menos expostos do que beneficiários, então o prêmio do risco ficaria muito mais baixo de que ele realmente é. Além disso, existem problemas de região geográfica, onde os preços, em determinados locais, dos hospitais são mais baixos que outros.

PONDERAÇÕES DA ANS:

Com relação aos expostos, ponderou que é provável que não há diferença em relação à variação de custos, e que não se sabe ao certo se os planos individuais tem menos expostos, pois foi apresentada a curva de crescimento de planos individuais, que mostrou um cenário em que se tem menos beneficiários, não sendo possível diferenciar tanto quem são os expostos, uma vez que parte das operadoras optaram pela sua não comercialização. Porém, a ANS está aberta para receber contribuições nesse sentido, que mostrem essas diferenças para serem analisadas. Ponderou ainda, que não se pode esquecer que plano de saúde é subsídio, onde os beneficiários novos subsidiam os mais idosos. Não se pode

CONSIDERAÇÕES (SINAMGE):

Ponderou que existe uma diferença à proposta de afirmar que é liberdade de reajuste individual. Afirmou que a proposta é que a ANS continue regulando por meio de autorizações, documentos, auditoria.

CONSIDERAÇÕES DA ABRAMGE:

Afirmou que não entendeu muito bem a pergunta do senhor João Rodarte. Complementou que existe possibilidade de sofisticação da proposta.

dissociar a regra de mutualismo e pacto intergeracional.	
--	--

APRESENTAÇÃO DA PLURALL (Beatriz Resende)	
--	--

Destacou que o novo modelo, apresentado pela ANS, como sendo mais transparente, que fomentaria maior comercialização de planos individuais. Porém, ponderou que a VCMH tem algumas deficiências, como a questão dos beneficiários, que para a apuração do custo per capita será considerada a quantidade de beneficiários existente durante o período de 12 meses. A sugestão seria a apuração do custo per capita deve considerar a quantidade de beneficiários expostos à utilização nos últimos 12 meses, considerando o tempo que o beneficiário ingressou no plano pelo SIB (sistema de informações de beneficiários).

Em relação ao detalhamento do que seria considerado nas despesas hospitalares, afirmou que ao apurar a despesa per capita é importante considerar a variação da PEONA referente ao grupo de despesas dos planos individuais, que poderia ser exigido pela ANS o envio dos dados de forma segregada.

Destacou ainda que, na apuração da DMH, não está especificado se serão consideradas as despesas brutas ou líquidas. A sugestão da Plurall seria padronizar o custo per capita dos 2 anos, considerando a mesma proporção de despesas por cada diferenciação de tipo de plano, com o objetivo de retirar o efeito das alterações do plano. Acrescentou que também nada impede que a ANS solicite esses dados.

Ponderou que, caso não seja possível implementar o proposto, para que seja minimizado o problema identificado, sugeriu considerar somente a despesa bruta, na apuração da DMH, para que, ao menos, a coparticipação não influencie nessa apuração de custo per capita.

Quanto ao fator de faixa etária, acrescentou que deveria haver uma discussão maior, uma vez que existe o problema de precificação inicial, e ao longo do tempo haverá o envelhecimento da carteira.

Por fim, considerou que a minuta de resolução proposta deveria deixar mais claro se a ANS fará a divulgação do índice de reajuste somente 1 vez ao ano, ou se divulgará 4 percentuais distintos trimestralmente, em função da apuração do VCMH trimestral.

QUESTIONAMENTOS E PONDERAÇÕES	
--------------------------------------	--

PONDERAÇÕES DA ANS:	
Esclareceu que os beneficiários expostos são os que já cumpriram a carência e já podem utilizar o plano. Em relação à colocação de quatro índices de reajuste, esclareceu que, de fato, isso foi pensado no grupo técnico, mas é entendimento de todos que a comunicação deve ser muito bem feita. Logo, inicialmente, optou-se por	

<p>não adotar o modelo de divulgação trimestral. Em relação à VCMH, se vai ser média ponderada ou mediana, esclareceu que esse detalhamento ainda será fruto das próximas discussões e que espera contribuições nesse sentido.</p>	
--	--

**MANIFESTAÇÃO:
FRANCISCO NASCIMENTO (UGP)**

Apresentou-se como representante dos trabalhadores, mas trouxe informações baseada no que ocorre nas empresas no que diz respeito ao benefício do plano de saúde. Ponderou que a VCMH está descolada da realidade dos demais índices. No período de 2005 a 2017, o IGPM acumulado foi 97,26%, o IPCA foi 106,88%, o INPC praticamente 100%, e os reajustes salariais são com base no INPC. Em contrapartida, a VCMH nesse período foi de 408%.

Esclareceu que os reajustes de plano de saúde elevam o custo da folha de pagamento, em se tratando do gasto com esse benefício. Por exemplo, no período de 2014, as empresas do setor do qual é representante tinham uma despesa em folha, relativa ao benefício de plano de saúde, de 7,6%. Em 2018, esse percentual já está em 10,8%, a projeção para 2021 é de 14%. Como resultado desse aumento, as empresas decidem por reduzir a qualidade do plano de saúde, ou aumentar a coparticipação.

Em suma, constatou que o modelo da VCMH, se for tido como base, precisa ser desenvolvido por meio de uma metodologia mais transparente, uma vez que foi constatada a evolução do VCMH em 400% nos últimos anos.

QUESTIONAMENTOS E PONDERAÇÕES

PONDERAÇÕES DA ANS:

Ressaltou a importância da participação dos representantes das empresas que tem o benefício do plano de saúde.

PONDERAÇÕES DA ANS:

Questionou se os dados de percentual apresentados, que representam o valor do plano de saúde em relação ao salário do trabalhador, são referentes ao custo que a empresa está incorrendo ou referem-se ao valor que o trabalhador está reembolsando relativo ao plano de saúde.

CONSIDERAÇÕES DO SR. FRANCISCO:

Afirmou que correspondem ao valor que a empresa está incorrendo para que o trabalhador tenha esse benefício.

JÉSSICA MACHADO
(Instituto de Defesa Coletiva)

Destacou a importância de prestar informações, relativas aos reajustes de plano de saúde, aos consumidores. Considerou o material fornecido extremamente técnico e difícil de entender. Solicitou a possibilidade de as entidades de participação social realizarem reuniões, consultas, audiências prévias com a ANS para traduzir o material para a população. Ponderou que o ingresso no plano de saúde demanda um planejamento no orçamento do consumidor para pagar por esses planos. Destacou que com a possibilidade de melhor entendimento do assunto, as famílias conseguiriam se planejar melhor. Nesse sentido, solicitou mais espaço para essas reuniões de esclarecimento para o público, com a participação dos técnicos e disponibilização de material.

QUESTIONAMENTOS E PONDERAÇÕES

PONDERAÇÕES DA ANS:

Complementou que, na ANS, é natural que os técnicos tenham uma linguagem mais voltada para as especificidades do tema, mas é preciso traduzir e permitir o maior acesso para a população. Ponderou que na ANS já é realizado esse trabalho, mas continuará aperfeiçoando-o cada vez mais. Afirmou que existem estudos orientados para tal, pois a assimetria de informação ainda não foi superada nesse setor, e concordou que será um projeto grande e muito participativo.

PONDERAÇÕES DA ANS:

Acrescentou que já existe um trabalho nesse sentido com a Defensoria Pública, com a produção de materiais, de cartilhas. Informou que existe uma medida publicada em 2016, por meio de Resolução Normativa, que determina que as operadoras tenham em seus sites as informações bem detalhadas, claras para o consumidor, favorecendo o entendimento. Ponderou que, infelizmente, nem todos os consumidores sabem da existência dessas informações. Ponderou a possibilidade de aprimorar a divulgação desse ambiente e convidou para enviarem sugestões de como aprimorá-los.

CONSIDERAÇÕES (SR. JOÃO RODARTE):

Complementou que é importante comunicar também ao Poder Judiciário, pois os magistrados e membros do judiciário poderiam não compreender toda a metodologia. Sugeriu avaliar como os institutos de defesa do consumidor podem auxiliar também na maior compreensão tanto da imprensa como do Poder Judiciário.

SIDNEY ROSA DA SILVA JÚNIOR
(Ministério Público do RJ)

- Ponderou a dificuldade de regular um mercado, onde os beneficiários acham que o preço vai baixar bastante, enquanto as operadoras esperam que o preço vá subir. Considerou a importância de que os dados sejam públicos, sejam transparentes, acessíveis, comparáveis. Enfatizou que a utilização de critérios de eficiência é muito interessante, principalmente para estimular a venda de planos individuais. E também ponderou a necessidade de explicar para o consumidor de que forma está sendo realizado o cálculo do reajuste, pois muitos problemas resultam da incompreensão do que está sendo abordado, considerando um sistema tão complexo como esse.

QUESTIONAMENTOS E PONDERAÇÕES

Sem Ponderações.

PATRÍCIA TAVARES
(Defensoria Pública do Estado do RJ)

Ponderou a importância da participação de muitos órgãos de defesa do consumidor como o IDEC, o Instituto de Defesa Coletiva, Procon Carioca, o MPF, MP Estadual e a DP do RJ. Esclareceu que esses órgãos representam a defesa dos maiores interessados e dos mais vulneráveis, que são as pessoas que sustentam o mercado de plano de saúde. Parabenizou a participação de todos.

QUESTIONAMENTOS E PONDERAÇÕES

Sem Ponderações.

RENATA RUBACK
(PROCON Do Rio de Janeiro e PROCON Brasil)

Ponderou a importância do diálogo em audiência pública para apresentar as questões dos órgãos de defesa do consumidor, dos beneficiários, envolvendo todos os setores.

Em relação ao reajuste de planos individuais, propôs uma discussão futura para falar de redução de custos gerais como procedimentos, exames, internações, para que o plano de saúde não fique impagável e haja exclusão de consumidores. E afirmou que essa discussão não deve ficar só entre ANS e consumidores, devendo envolver também os médicos, laboratórios, hospitais.

Considerou também importante melhorar a informação na hora da contratação do plano de saúde, sendo necessária a participação do corretor que vende o plano nas discussões, uma vez que é ele que passa para o consumidor as informações do contrato.

Sugeri que todos os atores estejam envolvidos na discussão para pensar, de forma conjunta com os órgãos de defesa do consumidor, alternativas de redução dos custos. Ponderou a possibilidade de aprimorar as orientações para os consumidores por meio de protocolos ou procedimentos de tratamento de doenças de forma pública e acessível, respeitando as especificidades de cada necessidade de atendimento.

QUESTIONAMENTOS E PONDERAÇÕES

PONDERAÇÕES DA ANS:

Complementou que o consumidor estabelece uma relação de confiança com o médico que o atende e, atualmente, ele não tem essa relação com a operadora de plano de saúde. As operadoras se colocaram desde o início como um repassador, onde o consumidor paga e ela viabiliza lugares para o atendimento médico. Há poucos anos, a operadora começou a se posicionar como gestora da saúde dos seus clientes, talvez no futuro a gente consiga observar essa transição na forma de se relacionar com a empresa.

Ponderou que na medicina já existem protocolos de padrão de tratamento de determinadas doenças, e o que a ANS não pode fazer, porque não tem competência legal para isso, é interferir na prática médica. O consumidor também tem que ser o gestor da sua própria saúde, tem que se inteirar, tem que poder questionar se os procedimentos são mesmo necessários, tem que ter acesso a informação. Essa comunicação é uma tarefa difícil e é o que a ANS procura fazer, sempre com a participação de todos e com a visão técnica de regulação.

CONSIDERAÇÕES (Patrícia Allevato da Comissão de Direito Médico da OAB):

Ponderou que os idosos estão sofrendo preconceito quando se trata de adesão aos planos de saúde, quando optam pela transferência sendo praticamente negado o direito de mudar de plano. Questionou

CONSIDERAÇÕES DA SRA. RENATA RUBACK:

Ponderou que o Procon também se preocupa com os idosos. Destacou que, na prática, eles são pessoas que contribuíram durante a vida ativa e quando estão idosos, precisando do plano de saúde, acabam sendo expulsos. Sugeri que o assunto seja tratado com seriedade, pois a tendência é que, não só os idosos, mas todos sejam expulsos do plano de saúde, uma vez que ficará impagável para qualquer pessoa.

como auxiliar os idosos, uma vez que a expectativa de vida está aumentando e eles não conseguem se manter no plano de saúde por falta de condições financeiras.

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DIREITO E ECONOMIA - ABDE
(Orlando Celso da Silva Neto)**

Inicialmente, fez consideração em relação à análise de impacto regulatório: na alternativa adotada parece que há um conformismo, referente ao mercado de saúde suplementar, de que o mesmo é, por natureza, demasiadamente concentrado e que nunca poderá chegar numa concorrência ótima. E a partir disso, o papel do regulador é reduzir as imperfeições e assimetrias dessa não concorrência ótima.

Sugeri que, ao invés de estabelecer que esse mercado é de concorrência imperfeita, deve-se tentar “mimicar”, ou seja, fazer a mímica, aproximar o tanto quanto for possível, ao mercado da concorrência ótima. Ponderou que isso pode ser viabilizado “empoderando” o consumidor.

Ponderou que a análise econômica do direito moderna não vê o consumidor apenas como hipossuficiente, sabe que há assimetria de informação, mas entende que muita regulação pode ser prejudicial. Como solução, sugeri retirar as barreiras que constroem o livre exercício da escolha pelo consumidor, como, por exemplo, facilitar a migração mediante a redução de imposições de carências e outras semelhantes, permitindo acesso fácil do consumidor às informações.

Além disso, pontuou que a proposta não terá efeito “neutro” sobre os custos reais e que as operadoras, eventualmente, vão arcar com essa diferença. Considerou que a proposta é falha em não permitir diferenciar migração entre planos de redução real de custos (por eficiência, etc.). E que a proposta só conseguiria impedir reajustes abusivos, caso os custos apurados conseguissem refletir os custos reais, sem considerar a defasagem de informação.

Ponderou ainda que a proposta não cria incentivos para comercialização de novos planos individuais.

Esclareceu que, entre as medidas propostas, considera o pool de risco regulado como a melhor, mas com uma modificação: o pool tem que ser entre contratos individuais, para não penalizar os contratos de até 30 vidas indevidamente, para que estes não venham a subsidiar os contratos individuais.

Essa proposta iria considerar a comunicação pelas operadoras à ANS do reajuste necessário aos contratos desse pool, a separação pela ANS das operadoras conforme o porte, a aplicação de duas regras pela ANS para a determinação dos reajustes: a) Se o reajuste proposto pelas operadoras fosse menor que a média dos reajustes propostos pelas operadoras de seu grupo adicionada de dois desvios-padrão, a operadora deveria aplicar o reajuste solicitado a todos os seus contratos. Se não fosse, a ANS determinaria o reajuste da operadora; b) Se a mediana dos reajustes de um grupo fosse superior a determinado

parâmetro, a ANS determinaria o reajuste de 50% das operadoras cujas propostas foram superiores à mediana.

Por fim, esclareceu que a solução para melhorar esse mercado não seria somente reconhecer que o mercado é inexoravelmente concentrado, mas dar poder ao consumidor. E reforçou a proposta do pool de contratos individuais regulado como a que melhor representa a realidade, adicionando a isso a possibilidade de migração de consumidores.

QUESTIONAMENTOS E PONDERAÇÕES

PONDERAÇÕES DA ANS:

Ponderou que muito do que foi apresentado encontra-se encaminhado na agência. Já existe uma nova norma de Portabilidade praticamente pronta, que vai alterar algumas das barreiras existentes hoje. Esclareceu que a ANS já tem, há três anos pelo menos, uma resolução que obriga as operadoras de planos de saúde a deixar a disposição dos consumidores todas as informações que eles quiserem sobre a utilização dos planos deles, incluindo extratos de utilização, entre outros. E questionou se a proposta que foi colocada é a mesma proposta ouvida anteriormente de pool regulado, mas com um teto estabelecido pela agência.

PONDERAÇÕES DA ANS:

Questionou por que foi considerado que a metodologia da VCMH não estimularia a venda dos planos individuais e por que a outra proposta estimularia.

PONDERAÇÕES DA ANS:

Ponderou que a base de dados utilizada na metodologia da VCMH tem uma defasagem de apenas três meses e são auditados.

CONSIDERAÇÕES DA ABDE:

Esclareceu que sim. O valor do índice de reajuste fica limitado ao teto, para que a operadora não tenha uma estrutura de custos ineficiente.

CONSIDERAÇÕES DA ABDE:

Esclareceu que, por melhor que seja a troca de informações, haverá defasagem temporal. Além disso, podem ter custos não considerados pela agência e outra série de fatores que poderiam tornar esse processo não 100% polido. Ponderou que, se os critérios das operadoras não forem aceitos, e se for criado um conflito regulatório muito grande, o regulado vai parar de comercializar o produto, pois não dá o lucro que ele está esperando.

CONSIDERAÇÕES DA ABDE:

Esclareceu que a informação que se possui das operadoras é que há muitos questionamentos da base de dados.

<p>PONDERAÇÕES DA ANS:</p> <p>Questionou se a diferença entre o que foi apresentado e a proposta da ANS seria que no modelo da VCMH só seriam considerados os custos assistenciais, custos médico-hospitalares, enquanto na proposta do pool regulado da ABDE poderiam ser considerados outros custos que não só os médico-hospitalares.</p>	<p>CONSIDERAÇÕES DA ABDE:</p> <p>Respondeu que seria também isso, além de outras considerações.</p>
---	--

**MÔNICA NIGRI
(SulAmérica)**

Diz que há vantagens e desvantagens nas propostas. Ponderou que a proposta da ANS traz vários pontos positivos, no entanto, reforçou a importância de que se considere o tipo de plano e o porte da operadora.

Ponderou que, caso se demore a discussão e no próximo ano seja mantida a metodologia atual, se volte à mensuração da média ponderada. Uma vez que o valor da moda geralmente é um número redondo, abaixo da média ponderada. E considerou que é possível que, se não tivesse sido retirado o 0% do cálculo, o valor da moda seria 0%, por ser um número frequente.

Outra sugestão apresentada foi que, na nova metodologia, seja considerada, não só os planos novos, mas a totalidade dos planos individuais, incluindo os anteriores à Lei nº 9656/98.

Esclareceu que a proposta trazida pela FenaSaúde considera uma medida aprovada pela ANS, a VCMH, mas sugeriu que, caso seja adotada, considere amplitudes no valor da média, porque, como esclarecido, a média não atende a todos.

QUESTIONAMENTOS E PONDERAÇÕES

PONDERAÇÕES DA ANS:

Esclareceu que a ANS não retira o valor 0% da base de cálculo. Todos os comunicados são considerados. Acrescentou que os únicos comunicados que são retirados, por questão de valor, são os que correspondem ao valor do índice do ano anterior, e no cálculo o 0% não é retirado.

PONDERAÇÕES DA ANS:

Esclareceu que todos os valores de reajuste comunicados são considerados nos cálculos, e que são feitas críticas e tratamento estatístico na base de dados.

PONDERAÇÕES DA ANS:

Acrescentou que o valor que é retirado é o comunicado com atraso no envio, em virtude de estar em negociação. Quando as operadoras comunicam que estão com atraso no envio porque estão em negociação, são informados 0% no reajuste. Esses comunicados são desconsiderados porque não houve, efetivamente, a aplicação de 0% de reajuste no contrato. Mas os comunicados onde foi aplicado 0% no reajuste do contrato são considerados no cálculo.

**SANDRA KRIEGER
(OAB Nacional)**

Esclareceu que a OAB, diante de todas as perplexidades que tem atormentado a sociedade brasileira em matéria de saúde, não só na saúde privada como na saúde pública, tem assumido uma atuação bastante efetiva e eficaz como debatido no último congresso nacional de direito médico. Nesse cenário, lembrou o julgamento proferido pelo Poder Judiciário que delimitou o entendimento do que é abuso ou não para cláusulas de reajuste de plano de saúde (REsp. nº 1.568.244), fixando algumas diretrizes. Esclareceu que o Poder Judiciário tem se embasado, nos últimos anos, nas normativas que se tem, e as principais delas são as da ANS e como tal, considera que a RN 63/2003 reforça a decisão do Judiciário referente às variações de reajustes das faixas etárias.

Esclareceu que, a partir desse julgamento do STJ, a solução de cada processo se daria mediante um cálculo atuarial em face do cumprimento de sentença. O que levaria o consumidor a uma discussão pericial cujo deslinde seria improvável, tanto em relação à obtenção de resultado favorável para sua demanda, quanto na obtenção da mesma perícia, dado a especificidade do que se deseja que é o reajuste justo, pois a base de cálculo atuarial é extremamente técnica.

Acrescentou que, diante disso, os tribunais inferiores passaram a não considerar mais o cálculo atuarial e a determinar, com base no cálculo dos técnicos, qual seria o valor do reajuste. O que beneficia apenas os beneficiários partes do processo, gerando distorções para o cálculo do reajuste dos demais beneficiários do contrato no futuro.

Desta forma, ponderou que a solução não é a imposição pelo poder judiciário, muito embora algumas vezes não haja outra alternativa.

Esclareceu que a discussão que se tem hoje no Supremo, em relação ao reajuste, é até que ponto pode a ANS, a partir de audiências públicas e normativas, estipular tudo isso por resolução. Acrescentou que não está sendo discutido qual o reajuste que a sociedade brasileira pretende atribuir aos contratos de saúde suplementar.

Ponderou que se deve diminuir o déficit do intermédio temporal entre a ocorrência do evento/atendimento, o conhecimento dos dados e a previsibilidade dos custos de novos medicamentos, tecnologias e exames. Informou que existe uma fragilidade na

determinação dos índices de reajuste com um déficit de 25 meses. Nesse sentido, o consumidor paga por um reajuste que incorpora uma tecnologia e ainda não é disponibilizada para ele na ponta; a operadora consideram uma estimativa de custos que não pode se concretizar quando o rol incorpora uma cobertura de um procedimento, para o qual não se tem dados históricos.

Também realçou a necessidade de transparência nos dados, além da necessidade de se estabelecer paradigmas para que esses contratos sejam viáveis para o pagamento do consumidor, garantindo também a solvabilidade das empresas operadoras.

QUESTIONAMENTOS E PONDERAÇÕES

Sem Ponderações.

CRISTIANA VIDIGAL (FenaSaúde)

Ponderou que não vai existir uma metodologia de reajuste que seja perfeita, são modelos com vantagens e desvantagens. A função do regulador é escolher o modelo com menores defeitos.

Esclareceu que a proposta da agência traz um reajuste único, que considera a VCMH da carteira de planos individuais e a faixa etária como um todo, de forma linear, aplicado para um mercado heterogêneo.

Considerou que essa metodologia proposta em relação à metodologia anterior tem poucos avanços. Apesar de possuir maior transparência, não tem avanços estruturais, o que gera uma reação do setor no sentido de reduzir a oferta de planos de saúde.

Esclareceu que a metodologia proposta pela ANS não endereça profundamente as falhas do modelo atual. Considerou a importância de respeitar o modelo de negócio adotado por cada operadora. O percentual único jamais será capaz de fazer essa aproximação.

Ponderou que foram mencionadas as dificuldades de se adotar um reajuste individualizado, dificuldades que considerou transponíveis no que diz respeito à revisão técnica, que é mecanismo previsto na lei de criação da agência, e que foi utilizado de forma muito tímida, apenas duas operadoras pelo que se tem conhecimento tiveram autorização da agência para o reajuste próprio.

Ponderou que se trata de um desafio, mas passado o tempo de regulamentação, havia uma expectativa de implantação de um modelo que pudesse observar de forma um pouco mais profunda as necessidades do setor, em particular os modelos de negócio de cada operadora.

QUESTIONAMENTOS E PONDERAÇÕES

Sem Ponderações.

RAQUEL MARIMON
(Instituto Brasileiro de Atuária – IBA)

Informou as ponderações discutidas pelo IBA na comissão técnica em relação à proposta da ANS.

Sugeriu a possibilidade de uma avaliação individualizada por operadora. Esclareceu que se observa que cada operadora tem sua realidade. Muitas vezes a inauguração de um hospital na cidade, ou o encerramento das atividades de um hospital, muda completamente o panorama de despesas assistenciais da operadora. No entanto, no modelo proposto, não há possibilidade desse tipo de situação ser contemplada.

Esclareceu que todas as variações que acontecem numa operação de plano de saúde mudam o perfil de despesas assistenciais de um produto e essas mudanças não são refletidas no modelo proposto pela ANS. Da mesma forma, a distribuição etária também muda o perfil do plano e essa questão não está contemplada no modelo, sendo uma falha que deveria ser revista.

Considerou a revisão técnica como ferramenta fundamental. Esclareceu que o preço dos planos de saúde é calculado pelo atuário com uma proposta para doze meses. Seria inviável imaginar que será calculado um preço do plano de saúde para a vida toda, contemplando todas as variáveis.

Ponderou que, no modelo proposto, não se considera a exposição ao risco. Ou seja, considera-se o número de beneficiários no instante, e verifica-se o volume de despesas assistenciais avisados naquele mesmo instante. Não se considera o volume de despesa assistencial de certa competência específica e não se considera os beneficiários que de fato teriam direito a determinada cobertura.

Em relação à questão dos planos antigos e novos, esclareceu que, atualmente, a maioria dos planos antigos optaram pela regra de reajuste da ANS, por não haver um reajuste previamente contemplado. Ponderou que deixar de contemplar os planos antigos na apuração do reajuste individual poderia prejudicar em demasia, pois são planos que tem uma característica de utilização, de perfil etário, bastante distinta dos planos regulamentados.

QUESTIONAMENTOS E PONDERAÇÕES

Sem Ponderações.

ENCERRAMENTO ANS

PONDERAÇÕES DA ANS (Daniele Rodrigues):

Agradeceu a todas as pessoas que participaram. Ponderou que a discussão, por mais que já tenha iniciado há bastante tempo, desde dezembro de 2017 se intensificou e neste momento fica evidente que as alterações não podem mais ser proteladas.

Quando se percebe que a metodologia atual está se descolando um pouco da VCMH, da variação de custos, é o momento no qual se precisa agir. Dentre os consensos dessa audiência pública, um deles é que os custos são crescentes e é preciso ver qual a melhor forma de corrigir e fazer a reposição desse aumento de custos dos planos.

A ANS, como órgão regulador, deve discutir qual é o termômetro ideal para medir esse aumento de custo, que as operadoras querem um termômetro para medir essa febre e nós trouxemos uma outra proposta. O que não será permitido é que cada operadora utiliza seu próprio termômetro, pois o reajuste não pode ser mecanismo de expulsão de beneficiários. É importante a ANS limitar e autorizar o reajuste, pois o reajuste não pode ser um fator de seleção de risco.

As considerações que foram colocadas serão apreciadas. Será analisada a estratificação da VCMH por tipo de operadora. Serão apreciadas as críticas e propostas, como a do pool regulado, considerando um teto. Uma vez que o reajuste sem teto, seria outra denominação para um reajuste liberado.

Serão feitas avaliações dos tipos de estratificações que podem ser feitas para considerar as especificidades dos modelos de negócios das operadoras.

Disse estarem à disposição para que os participantes trouxessem sugestões de como considerar diversos tipos de negócios dentre as operadoras, diversos tipos de planos, quais seriam essas diferenças e como refletir isso num modelo de reajuste.

Enfatizou que a ANS quer receber as críticas e as sugestões que auxiliem na busca de um modelo que torne o plano sustentável, buscando sempre o eixo de sustentabilidade, transparência e concorrência, se colocando à disposição para essa parceria com o intuito de manter a sustentabilidade do setor.

PONDERAÇÕES DA ANS (Rafael Vinhas):

Acrescentou o esforço que a ANS tem empreendido desde 2010, que se intensificou nos últimos meses, na discussão do reajuste. Enfatizou a necessidade de avançar com essa discussão envolvendo uma quantidade cada vez maior de pessoas. Destacou a importância da participação da sociedade, que deve ter cada vez mais conhecimento das discussões e que estas sejam democráticas, envolvendo não só as entidades reguladas como também as entidades de defesa do consumidor e o cidadão comum.

Enfatizou a importância da ANS receba sugestões, contribuições, dados, propostas, tendo em mente o objetivo da qualidade, do aprimoramento contínuo da regulação, com

transparência e participação social. Que a discussão será continuada e aumente cada vez mais com a participação de todos.

PONDERAÇÕES DA ANS (Cláudia Tanaka):

Ponderou que a equipe está feliz com a participação da sociedade, representada pelos órgãos de defesa do consumidor, OAB, outras entidades e operadoras. Considerou que a participação da sociedade foi expandida com a discussão.

Destacou a preocupação de que esse tema de reajuste de plano de saúde esteja inserido num contexto maior, que afeta e é afetado por reajuste e precificação de planos coletivos e individuais.

Ponderou que foram ouvidas várias sugestões do mercado na busca de uma flexibilização da forma de como é aplicado o reajuste. E acrescentou que as sugestões serão consideradas, sendo a preocupação da agência encontrar a solução que seja mais justa para manter o equilíbrio dos contratos de forma que as carteiras individuais se mantenham sustentáveis para todas as vidas que dela participam agora e no futuro. Reforçou que essa é a maior preocupação da agência e que continuará buscando isso, de preferência com muita participação de todos.

PONDERAÇÕES DA ANS (Rodrigo Aguiar):

Enfatizou o sentimento de satisfação com a participação de diversas entidades que não participam tão frequentemente das discussões regulatórias.

Esclareceu que resta evidenciado o desafio que é, para a ANS, tomar uma decisão sobre essa matéria, e que, como membro da diretoria colegiada da ANS, tem a obrigação de tomar conhecimento de todas as contribuições para chegar na melhor decisão sobre o assunto.

Ponderou a polarização nas propostas, que partem de dois cenários distintos. Um que é sob a ótica da empresa e da sustentabilidade do setor, que considera necessário uma flexibilização maior. E outro cenário que contempla a visão das entidades de defesa do consumidor de que é necessário que os reajustes sejam cada vez menores para que a população seja capaz de custear suas despesas com saúde.

Considerou como convergência a necessidade de ampliar a transparência desse assunto e que certamente será feito.

Ponderou que encontrar um meio termo justo não será fácil, mas a ANS continuará trabalhando nesse sentido, conversando com todos, recebendo contribuições e debatendo de forma aprofundada. O objetivo da agência é sempre garantir o interesse público.

Acrescentou que é importante o sentimento de pertencimento de todos e agradeceu a participação.

PONDERAÇÕES DA ANS (Simone Freire):

Ponderou que o material que foi disponibilizado previamente trazia estudos que foram realizados há oito anos na agência. E que esse material, obviamente, não se restringe em um elemento apenas, trazendo todo o contexto que vem sendo estudado tecnicamente pelos reguladores da ANS.

Reiterou que se tentou trazer um destaque para o reajuste individual na audiência, que faz parte de uma resposta a ser dada ao órgão de controle, o TCU (Tribunal de Contas da União), sobre recomendações que ele fez para o aperfeiçoamento deste modelo.

Esclareceu que a agência trouxe o resultado dos estudos, que vem sendo feito, para fornecer um ponto de partida. A proposta que está sendo dita, como resultado desses estudos feitos, traz um modelo de cálculo que deixa de considerar o RPC, que é o banco de dados de cadastro de produtos de planos coletivos, e traz a variação do custo médico-hospitalar (VCMH) com expurgo de dois fatores, para que não seja apenas um repasse de custo direto.

Ponderou que o que os representantes do mercado, em sua maioria, trouxeram foi a necessidade do reajuste ser personalizado, que cada empresa pudesse fazer seu cálculo de acordo com as especificidades da sua carteira. E o que os órgãos de defesa do consumidor trouxeram foi a necessidade de que se fale também sobre reajuste coletivo e sobre pool de risco, nada muito específico em relação ao cálculo do reajuste individual em si.

Esclareceu que a ANS produzirá um documento a partir dessa audiência e disponibilizará no site, para todos, as apresentações também estarão disponíveis no site, assim como o vídeo, para que tudo fique registrado.

Enfatizou a necessidade de retomar uma parte dos estudos já realizados. E esclareceu que a ANS não tem a solução ótima, pois como os objetivos são muito antagônicos não há como atender integralmente cada um deles. O papel do órgão regulador, por força do que é uma agência reguladora no direito administrativo, é tentar estar nesse meio e manter o equilíbrio não só para essa geração, mas também para as gerações futuras, para que todos possam continuar tendo a possibilidade de adquirir esse produto que é o plano de saúde. A ANS trata de saúde privada, é esse papel que a lei resguardou para a agência, e não se pode ir além da lei.

Nesse sentido, destacou que é preciso achar uma forma para que o reajuste não seja tão impactante de um lado e não tão insuficiente do outro.

Ponderou que foram ouvidas as críticas e que é necessário começar a traduzir um pouco mais as linguagens utilizadas na ANS, para que todos entendam o que está sendo falado.

Enfatizou a necessidade de um novo chamado ou uma nova posição em breve, a depender do que a equipe dos técnicos vai analisar do material recebido.

Por fim, destacou que o ambiente da audiência pública é muito produtivo, pois as pessoas são ouvidas, são entregues materiais para análise, e tudo isso será considerado na formulação das políticas, dentro das atribuições legais da agência.

Agradeceu a participação e presença de todos e enfatizou que espera contar com todos na próxima chamada que, certamente, será feita.

III – CONCLUSÃO

Na Audiência Pública nº 10, a ANS debateu a Política de Preços e Reajustes na saúde suplementar, mais especificamente o reajuste de planos individuais/familiares, restando pactuado que os subsídios apresentados serão levados em consideração para a elaboração de uma nova proposta de metodologia.

Informa-se que, após a realização da Audiência Pública, alguns participantes encaminharam novos documentos a título de subsídios, os quais foram devidamente incorporados no endereço eletrônico www.ans.gov.br, em “Participação da Sociedade”, no item “Audiências Públicas”.

Ressalte-se que o presente relatório, bem como cópias digitais da lista de presença, da apresentação técnica realizada no evento e da gravação em áudio e vídeo estão disponíveis no endereço eletrônico www.ans.gov.br, em “Participação da Sociedade”, no item “Audiências Públicas”.

Relatório desenvolvido pela equipe da Gerência Econômico-Financeira e Atuarial dos Produtos (GEFAP), da Gerência Geral Regulatória da Estrutura dos Produtos (GGREP/DIPRO).