

À
DIPRO / ANS

**Assunto: Agenda Regulatória - DIPRO
Aprimoramento das regras de NTRP e Revisão Técnica**

O IBA - Instituto Brasileiro de Atuária, considerando seus objetivos estatutários de promover o desenvolvimento da cultura dos fundamentos e princípios da Ciência Atuarial, figura basilar nas operações de risco de saúde e com o objetivo de contribuir para o aprimoramento das regulações, em colaboração técnica com o Estado, apresenta suas considerações sobre aprimoramento das regras de NTRP - Nota Técnica de Registro de Produtos e Revisão Técnica, alinhadas com as contribuições já realizadas no início do corrente ano via FormSUS.

Tema: NTRP - Nota Técnica de Registro de Produto

Cenário Atual:

O modelo de remuneração predominantemente praticado pelas Operadoras é o *fee for service* e, conseqüentemente, o modelo de precificação compatível com o arquivo de nota técnica é apenas este, em que a composição do custo futuro por exposto é exclusivamente pela multiplicação entre frequências de utilização e custos médios, segmentados por grupos de procedimentos assistenciais. Para enquadrar outros modelos de remuneração, distintos do *fee for service*, os atuários precisam fazer ajustes manuais que podem distorcer os indicadores aferidos pela Agência por meio dos dados enviados nos arquivos de nota técnica.

Somado a isso, a banda de preço da nota técnica permite o enquadramento de diversos modelos diferentes de coparticipação em um único produto, estando apenas um destes refletido na nota técnica, desta forma não há segurança sobre a correlação entre o preço calculado e o modelo de coparticipação praticado pela Operadora nas comercializações.

Os grupos de despesas do arquivo de nota técnica não possuem referência oficial a ser seguida pelas Operadoras, podendo ser adotadas diferentes categorizações por profissionais distintos, o que minimiza a comparabilidade de dados do arquivo NTRP entre operadoras. Anteriormente a correspondência adotada era a classificação dos procedimentos nos grupos do SIP, mas as mudanças regulatórias ao longo do tempo fizeram com que deixasse de existir uma relação direta entre cada procedimento e um grupo de despesas.

Para a operacionalização dos preços identificados no arquivo NTRP, não há a possibilidade de indicar a partir de que data os preços do novo arquivo de nota técnica passam a vigorar, de modo que os preços contidos nos arquivos de nota técnica passam a ser considerados como referência para novas comercializações imediatamente após o processamento dos arquivos, sendo necessário seu envio às 00:00 horas do dia que se pretende iniciar a comercialização com novas tabelas de valores.

Outro aspecto relevante é que a indicação do atuário responsável pela precificação dos produtos ocorre apenas no documento de nota técnica que fica arquivado na Operadora e não é informado no arquivo enviado ao Órgão Regulador.

Propostas e Resultados Esperados:

Assertividade dos dados enviados nos arquivos de nota técnica, possibilita o monitoramento das práticas dos modelos e impactos sobre os preços. Permite maior transparência entre preços praticados e calculados atuarialmente, habilitando o profissional atuário a exercer sua responsabilidade de forma efetiva e desenvolvimento de estudos internos pela ANS.

Algumas soluções seriam:

a) Adequação dos arquivos a outros modelos de remuneração diferentes do *fee for service*:

Sugerimos a inclusão de nova coluna no anexo IIB para adição de custo por exposto baseado em outros modelos de remuneração que não estejam relacionados à frequência de utilização e não possam ser enquadrados no anexo IIA, com o objetivo de que os arquivos de nota técnica sejam mais assertivos em relação às práticas das Operadoras.

b) Permitir que uma nota técnica apresente à ANS diversos modelos de coparticipação praticados em um mesmo produto:

Considerando que no arquivo de nota técnica consta apenas uma coluna de recuperação de despesas por fator moderador, com valores em reais, nossa sugestão é a divisão do anexo IIB por variação de produto de modo que a coluna de recuperação de fator moderador possa ser segmentada em até 10 diferentes modelos em um mesmo produto, sendo o fator moderador devidamente definido em faixas de percentual ou de valor em reais por grupo de procedimento da NTRP. Desta forma cada modelo de coparticipação poderia ter uma banda menor, para comportar variações de perfis de riscos e de condições comerciais, extinguindo-se a banda geral de 30% por produto.

É importante ressaltar que a redução da banda somente seria viável com a criação de um mecanismo que o modelo de fator moderador pudesse ser definido para cada precificação, sem que isso atribuísse mais ônus para o segmento (pagamento de taxa de registro de produto).

c) Inclusão da data de vigência do arquivo de nota técnica:

O modelo atual dificulta a conciliação de planejamento entre áreas envolvidas (TI, Marketing, Atuarial, Rede, Vendas, entre outros), e com a criação deste campo, a dificuldade seria solucionada.

- d) Inclusão de novo campo para informação do registro do Atuário (MIBA ou CIBA) no arquivo de NTRP:

Com essa iniciativa haverá garantia de que o cálculo de fato foi desenvolvido por profissional habilitado, que será de grande importância para o acompanhamento da necessidade de revisão técnica e responsabilização. O IBA compromete-se a disponibilizar relação de profissionais certificados atualizada, que viabilize a ANS se assegurar de que se trata de profissional devidamente qualificado, a exemplo como faz com a SUSEP atualmente.

- e) Disponibilização de planilha De/Para dos códigos TUSS com a classificação dos grupos de despesas do anexo IIA da NTRP:

Acreditamos que a disponibilização desse De/Para pela ANS contribui com a padronização dos dados enviados pelas diferentes Operadoras, permitindo desenvolvimento de estudos internos pela ANS, quanto aos parâmetros adotados pelas Operadoras nas precificações, garantindo sua comparabilidade.

Tema: Estruturação e desenvolvimento de política para Revisão Técnica

Cenário Atual:

A regulamentação do setor privado de planos de saúde foi de extrema importância para preservar o bom atendimento da população e protegê-la contra as más práticas ocorridas até então. Entretanto, deve-se ter como objetivo atingir uma situação ideal em que haja coberturas de saúde para todos, a preços acessíveis e assegurando-se condições mínimas de solvência das operadoras. Questionar a forma com que se implementa a regulação de preços em planos de saúde não significa ser contrário a esses objetivos, mas sim ter ciência que eles não serão alcançados por meio da imposição de limites extremos de preços pela regulação.

Percebemos a necessidade de implantação da revisão técnica, em função, principalmente, do aumento da concentração de idosos em planos de contratação individual. Esse fato combinado com a estrutura dos intervalos das faixas etárias e imposição de limitação de reajuste pode comprometer a solvência das operadoras e desestimular a venda de produtos individuais.

Além do envelhecimento dessas carteiras, existem diversos fatores que também não estão contemplados no reajuste anual determinado pela ANS, que podem levar um plano de saúde ao desequilíbrio e necessidade de revisão técnica.

Temos o ganho de expectativa de vida da população em geral, mas isto tem um impacto em relação à precificação inicial. Logo, há necessidade de implantação da revisão técnica, em função, principalmente do envelhecimento da população, o qual pode causar a insolvência das operadoras, bem como desestimular a venda de produtos individuais, tendo em vista a regulação da ANS sobre limites de faixa etária da tabela de venda e limite do reajuste anual.

Uma das causas da necessidade de revisão técnica é o processo de envelhecimento das carteiras de planos de saúde, representado pela maior proporção de idosos sobre a população total, que traz impacto acentuado quando aliado às mudanças epidemiológicas e ao aparato regulatório da ANS. Cabe ressaltar que as implicações advindas desse processo não estão relacionadas necessariamente ao número absoluto de idosos, mas sim à sua representatividade proporcional à população mais jovem, tendo em vista a estrutura de tarifação, que considera um pacto intergeracional mutualista, conjugada à política de reajuste definida pela ANS.

Como podemos comprovar em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>, em 2019 tínhamos no Brasil 13,72% de pessoas com 65 anos ou mais, contra 30,42% de jovens com até 14 anos; em 2010 essa relação era de 10,77% para 36,32%, respectivamente. Já nas carteiras de planos individuais essa proporção é ainda maior e, também, vem aumentando ao longo dos anos, passando de 20% de beneficiários acima de 59 anos em 2010 para 28% em 2019, conforme pode ser visto no tabnet.

Além disso, é importante lembrar que nas regras de estabelecimento de preços por faixa etária, as limitações de variação de valor entre as faixas etárias, definidas na RN nº 63/2003, não acompanham os atuais custos por faixa. Lembramos ainda que as regras atuais propostas pela ANS para planos individuais não permitem o recálculo das mensalidades de contratos já vendidos, de forma a recompor o equilíbrio financeiro, tomando por base a análise atuarial realizada anualmente, fundamentada em nota técnica.

Abaixo elencamos outros fatores que também podem levar um plano de saúde ao desequilíbrio e necessidade de revisão técnica:

- O aumento da longevidade, que não é passível de ser contemplado na precificação inicial do produto, pois essa prevê suficiência para o ciclo de 12 meses, por ser realizado em regime de repartição simples;
- Inflação médica descaçada dos reajustes autorizados para o plano pela ANS;
- Reajustes autorizados para o plano pela ANS de forma nacional, descaçada da inflação médica de cada região do Brasil e por cada operadora;
- Reajuste da ANS toma por base somente a variação dos custos passados, sem levar em consideração aumentos para os próximos 12 meses que podem ser distintos dos observados no último ano, ao se analisar a tendência de aumento por uma série de dados temporais;
- Dificuldade da operadora em manter os acordos de preços com a rede prestadora de serviços, onerando o plano de saúde na sua sinistralidade em valores acima do comportado pelos reajustes concedidos;

- Adaptação de contratos não regulamentados por meio de percentual de ajuste limitado e sem atualização periódica e, por vezes, descolado da realidade (necessidade) da operadora, conforme documentado em Nota Técnica desenvolvida por atuário habilitado (RN 254);
- Outros fatores:
 - Novas tecnologias que fazem os custos aumentarem de forma mais acelerada a cada ano;
 - Novo rol de procedimentos adicionados a contratos já vigentes, sem a contrapartida de adequação da contraprestação no mesmo momento de ampliação de cobertura;
 - Diferentes comportamentos dos indivíduos participantes e tendência de aumento de sua frequência de utilização;
 - Surgimentos de novas doenças ou tratamentos;
 - Custos de decisões judiciais por cobertura de procedimentos não previstos no contrato, que embora estejam registrados em lançamento contábil específico (conta 44) não são considerados pela ANS para determinar o reajuste de planos individuais.

Dado que a estrutura de custeio do plano de saúde definida pela ANS foi implementada em um sistema de subsídio cruzado entre grupos de baixa demanda de atenção à saúde financiando os de maior demanda e custo, adotando-se como atributo de risco a idade dos consumidores, existe uma transferência intergeracional dentro de uma estrutura de financiamento baseada no mutualismo. Esse custeio segue o denominado Regime Financeiro de Repartição Simples, no qual todos os beneficiários pagam uma mensalidade em um determinado período independente da ocorrência ou não do risco coberto, que irá cobrir as despesas somente daqueles que utilizaram o plano no mesmo período e não formam uma poupança individualizada para o longo prazo.

No momento em que se estabelece as condições do contrato celebrado entre a OPS e o beneficiário de plano individual, umas delas é o preço do plano, definido na NTRP e que observa equilíbrio financeiro, já que a precificação atuarial determinará o custo ideal para cada uma das 10 faixas etárias, ajustada conforme as regras da RN nº 63 e contemplando a distribuição de beneficiários por faixa etária esperada para o próximo ano, de forma que a receita de mensalidade a ser arrecadada esteja equilibrada com a previsão dos custos. Mesma situação ocorrida com contratos mais antigos que seguiram a precificação atuarial em 7 faixas etárias, de acordo com as faixas da Resolução do CONSU nº 06.

Porém, na renovação contratual do plano individual, a mensalidade a ser paga será reajustada por um índice definido pela ANS para todo o mercado e não por análises atuariais. Assim, o reajuste passa a não ser suficiente e, por ser um contrato não passível de cancelamento unilateralmente, o torna na prática um contrato de longo prazo, extrapolando os 12 meses contemplados na precificação inicial.

Daí surge a contradição. O preço do plano de saúde é estabelecido no curto prazo e com subsídio cruzado entre as faixas etárias. Porém, ficam estabelecidas regras indiretas de garantia de cobertura de longo prazo, com os percentuais de variação por faixa etária do beneficiário pré-definidos e sem possibilidade de cancelamento por parte da OPS, enquanto o sistema de financiamento é calculado pelo regime financeiro de repartição simples, em que as mensalidades são definidas para um grupo de indivíduos e somente para o período de 12 meses. Para os planos individuais, já que as OPS não têm a possibilidade de revisão de preços pelo recálculo atuarial, o processo de envelhecimento das carteiras com a inclusão de tratamentos mais onerosos devido a doenças que acometem os idosos, bem como os demais fatores já citados no item anterior, passam a ser um problema real.

Nesse contexto, a consequência é a geração de déficits, uma vez que a receita arrecadada dos mais jovens, que é representado por uma proporção de pessoas cada vez na carteira dos planos de saúde individuais, pode não ser suficiente para compensar a despesa com o crescimento da proporção de beneficiários idosos no plano, bem como a maior longevidade desse público, o que causa desequilíbrio atuarial e financeiro e vem desestimulando a comercialização de planos individuais.

Propostas e Resultados Esperados:

É importante discutir os quatro (4) temas da DIPRO que compõem a Política de Preços e Reajustes de Planos de Saúde de forma correlacionada (Precificação; Reajustes de Planos Individuais; Revisão Técnica de Preços dos Planos Individuais; e Reajustes de Planos Coletivos), pois existe uma forte relação entre as regras de precificação e reajustes, principalmente para os planos individuais, por seguirem um teto de reajuste definido pela ANS e não às condições atuariais de cada operadora.

Adicionalmente, identificamos duas outras políticas que têm relação direta com o preço dos planos que merecem ser consideradas: regras de revisão de rol de coberturas e regras de manutenção de rede de atendimento.

A sustentabilidade econômico-financeira de longo prazo do mercado de planos de saúde depende da adequada relação entre os riscos assumidos e as contraprestações recebidas. Algumas soluções seriam:

- a) Aumentar o limite de 6 vezes entre o valor da 10^a e 1^a faixa etária previsto atualmente na RN nº 63, por ser a tendência observada na comparação dos custos per capita e por faixa etária de diversos grupos de planos, para reduzir a necessidade de reajustes anuais cada vez mais elevados, conforme pode ser observados pela ANS com os dados da TISS. Caberia uma análise de dados de mercado para produzir uma proposta aderente. Ressalta-se que o cenário atual causa efeitos danosos para o crescimento e equilíbrio dos planos, pois os mais jovens ou de menor risco perdem o interesse em manter um plano que cada vez fica mais oneroso para financiar os idosos, sendo os que possuem baixa utilização pessoal;

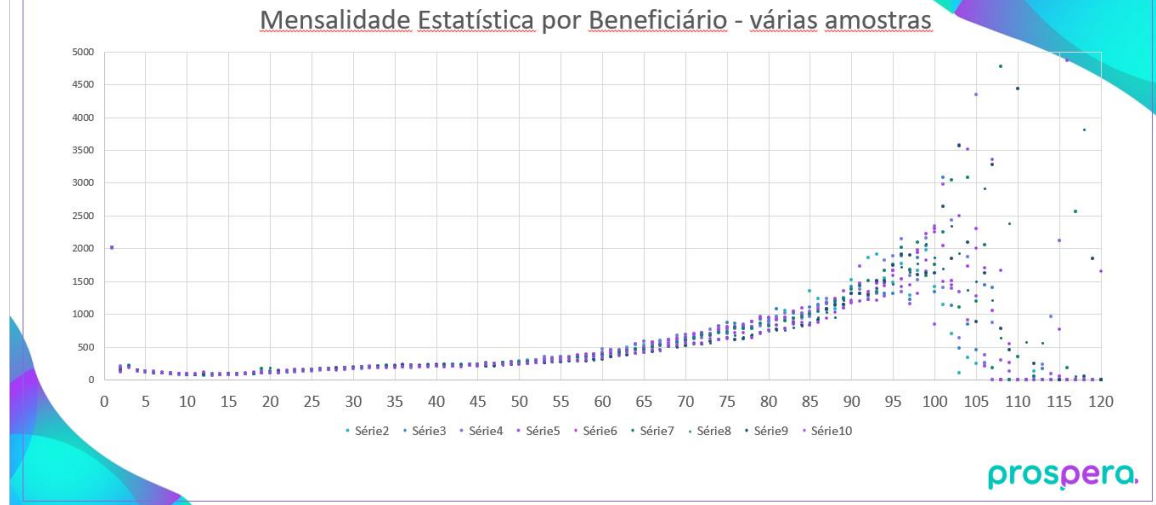
Além do aumento do grupo acima de 59 anos proporcionalmente maior (envelhecimento) nos planos individuais, eles também estão vivendo mais (longevidade: maior quantidade acima de 70 e 80 anos) e observa-se diferentes comportamentos de despesa assistencial para cada idade da última faixa etária, como podemos observar na experiência de 9 OPS (identificadas como de “A a I”) distintas, conforme imagem do gráfico abaixo. Assim, o ideal seria também ter uma revisão da estrutura atual de faixas etárias, abrindo novas faixas que permitam reajustes acima de 59 anos, aprimorando a interpretação contida no estatuto do idoso.



Na imagem acima, observamos despesa assistencial por beneficiário dentro de intervalos de semelhança nas faixas etárias 2 (19 a 23 anos) a 6 (39 a 43 anos), já na faixa etária identificada como 10 (59 anos ou mais) fica nítido o distanciamento das realidades de cada operadora, de acordo com a concentração de pessoas com idade mais elevada ou não.

Na imagem do gráfico a seguir, apresenta-se a despesa assistencial por beneficiário em cada idade, onde os números do eixo “x” representam a idade específica e os valores do eixo “y” corresponde ao valor de despesa por beneficiário, por mês, em um período de 12 meses, para 9 operadoras distintas, identificadas como “série 2” a “série 10”. Observamos que a partir dos 70 anos as diferenças de despesa assistencial por beneficiário passa a apresentar uma maior dispersão entre as operadoras da amostra, chegando a variações que vão do quadrante de R\$ 1.000 a R\$ 2.000 a partir de 90 anos e chegando a variar do quadrante dos R\$ 500 ao quadrante de R\$ 4.500 nas idades mais avançadas. Essa característica, combinada com a regulamentação atual e ausência da possibilidade de revisão técnica, contribui sobremaneira para que o preço dos planos de saúde sejam tão elevadas para a décima faixa etária (59 anos ou mais).

A questão da idade:



- b) A ANS prever a possibilidade de revisão técnica como complemento ao reajuste a ser divulgado pela ANS, com a apresentação de uma nota técnica atuarial de revisão técnica elaborada por atuário legalmente habilitado e com registro no IBA, pautada nos princípios atuariais do IBA - CPA 010, tornando-se uma solução para o equilíbrio financeiro dessas carteiras e das operadoras no cenário do longo prazo.

Para maior segurança da ANS, em relação à Nota Atuarial de revisão Técnica apresentada pelo atuário, pode ser exigido também um Parecer de Auditoria Atuarial Independente atestando a consistência nos elementos contidos no pedido da revisão técnica, seguindo recomendações em princípios atuariais. O IBA conta com processo de certificação que reconhece os profissionais com a devida proficiência no tema e a ANS poderá vincular a exigência dessa graduação como atuário especialista em auditoria atuarial, certificado pelo IBA

Ressalta-se que, mesmo no cenário em que a OPS vendeu adequadamente os planos individuais, com tabela de venda seguindo a sugestão técnica atuarial da NTRP, ela pode vir a ter necessidade de revisão técnica pelo processo de envelhecimento e demais fatores já elencados no item anterior sobre as causas, de forma independente da gestão da operadora.

Nesse cenário seria possível definir requisitos a serem seguidos para que uma operadora seja habilitada à apresentação de revisão técnica, tais como:

- i) PROMOPREV para população idosa, pessoas com doenças crônicas, entre outras, de forma a caracterizar que se trata de operadora que gerencia seus custos e adota práticas alinhadas com os incentivos oferecidos e alinhamento por meio desses programas;

- ii) Também vemos como positivo condicionar a apresentação de revisão técnica à adoção dos requisitos de gestão de risco e controles internos da RN nº 443 e outros pertinentes.
- c) A revisão técnica poderia abranger estudos que contemple diferentes cenários, de forma a viabilizar reajustes menores:
 - iii) Alteração dos modelos de fator moderador como alternativas ao reajuste;
 - iv) Alteração da rede de prestação de serviços ofertada; ou
 - v) A combinação dessas variáveis ou outros pertinentes.
- d) A revisão técnica deverá observar periodicidades mais amplas que a anual, para que não sirva como ferramenta de compensação dos riscos assumidos na gestão do negócio e
- e) Permitir o parcelamento da aplicação da revisão técnica em mais de um (1) exercício fiscal, visando proteger o impacto para o consumidor final.

Preservar o equilíbrio atuarial e financeiro e a solvência das operadoras, bem como estimular a comercialização de produtos individuais em função de uma previsão mais clara da revisão técnica a ser possibilitado às OPS, criando mecanismo de mitigação do risco de desequilíbrio no longo prazo que é o maior impeditivo para a comercialização de planos individuais.

Por fim, permitimo-nos destacar que o momento é oportuno ao aprimoramento nas relações, especialmente as de cunho técnico-atuariais. O mercado vem evoluindo de forma muito consistente, já tendo constituído todos os principais provisionamentos. Neste momento vem aprimorando os estudos atinentes ao estabelecimento do nível de solvência, figura esta bastante desafiadora, visto a inexistência de limite de responsabilidade máxima no valor das garantias, fato este incomum no mercado de assunção de riscos, tanto nacional, quanto internacional, bem como para todos os demais segmentos, ramos e/ou modalidades de seguros.

O Segmento Privado de Saúde Suplementar tem sua função e finalidade perfeitamente delineadas, estando adequadamente estruturado. Inicia na Constituição Federativa do Brasil, onde fica definida a figura de participação do Setor Privado, adentra à Lei nº 8.080 que criou e estruturou o Sistema Único de Saúde - SUS e, de forma mais específica, a Lei do Segmento Privado de Saúde - Lei nº 9.656. Tudo isto foi devidamente finalizado com a definição do Órgão Regulador, cuja Lei nº 9.961, criou a ANS em janeiro/2000. Portanto, estamos falando de mais de 20 anos de efetiva e minuciosa regulamentação.

O IBA já vem de longa data trabalhando em conjunto com a SUSEP, tendo adquirido expertise no pleno alinhamento dos objetivos regulatórios e fiscalizadores, com as orientações de cunho mais técnico-atuarial. Nesta sistemática, o IBA já emitiu diversos Pronunciamentos Atuariais - CPA, sempre acolhidos e ratificados pelo Órgão Regulador de Seguros e Resseguros. No Segmento Privado de Saúde também já foram emitidos dois CPAs, sendo um de características gerais a todos os setores - CPA nº 001 e, de forma mais específica, o CPA nº 010, que ainda carece acolhida pela

ANS, no caso. Estes dois documentos reiteram e visam estabelecer os requisitos atuariais atinentes ao desenvolvimento dos trabalhos, para este importante segmento.

Assim e objetivando implementarmos o aprimoramento mútuo destes temas, vimos propor-lhes a assinatura de um termo de cooperação técnica-atuarial.

Agradecendo a acolhida e reiterando nosso objetivo maior em prol do desenvolvimento estruturado deste importante setor.

Cordiais saudações,


Raquel Marimon
Diretora de Saúde

Glauce Carvas - Coordenadora CT Saúde
J. A. Lumertz - Coordenador substituto CT Saúde

Membros do Grupo de Trabalho

Andrea Cardoso Denis Peixoto
Beatriz Resende Italoema Sanglard