

Obrigado por sua participação. Em caso de necessidade de alteração, preencha um novo formulário. Será considerado válido o último formulário enviado.

Anote o protocolo a seguir para alterar futuramente o seu cadastro!

Formulários: Contribuições para a Agenda Regulatória

Endereço: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=50464&acao=alterar&codigo_alterar=50464.75b2WYosVIQbM

Protocolo: **50464.75b2WYosVIQbM**

Contribuições para a Agenda Regulatória

Dados Pessoais

Nome:

Raquel Marimon

email:

iba@atuarios.org.br

Instituição:

Instituto Brasileiro de Atuaria

Escolha o assunto da contribuição:

Tema 1 - Acesso a planos privados de assistência à saúde

Tema 2 - Aperfeiçoamento das regras sobre transferência de carteiras;

Tema 3 - Aperfeiçoamento dos critérios para alteração de rede hospitalar

Tema 4 - Aprimoramento das regras de notificação de inadimplência e regulamentação de suspensão

Tema 5 - Aprimoramento da Nota Técnica de Registro de Produtos

Tema 6 - Estruturação e desenvolvimento de política para revisão técnica

Informações Gerais

Tema 1 - Você identifica algum(ns) problema(s) relacionado(s) com o tema selecionado? Qual(is)?

A oportunidade de acesso à saúde privada é a expectativa de grande parte da população brasileira, que atualmente conta apenas com o acesso à saúde pública e suas dificuldades.

A restrição ao acesso é evidenciada quando observamos os produtos disponíveis no mercado regulado, onde possuem muitas características semelhantes, elevados preços e em alguns segmentos e regiões falta de oferta de produtos. O resultado é observado na taxa de cobertura por plano privado de saúde que é representada por menos de um quarto da população brasileira.

Num setor que encontra-se em transformação e com novos padrões de concorrência e expectativas, se faz necessária a criação de novas oportunidades.

Atualmente as coberturas de acidente de trabalho e acidente de trânsito tem fonte de financiamento próprias (caso a MP que altera o seguro DPVAT não venha a ser promulgada), contudo há uma dupla cobertura por parte do sistema de saúde suplementar.

O art. 16 da Lei 9656 considerou a importante figura da prevenção, como foco a ser buscado. Todavia, a figura do Bônus, carece de alterações para realmente ser incentivo aos Beneficiários que por modelagem e práticas próprias buscam ter uma condição de melhor qualidade de vida e envelhecimento ativo.

No segmento médico-hospitalar, os custos assistenciais compõem em média 80% (oitenta por cento) dos encargos das operadoras, além de apresentar acentuada variância, que se torna ainda mais significativa às operadoras de pequeno porte, que representam $\frac{2}{3}$ do mercado.

1.1) Quais as causas?

As causas são de diversas ordens:

A) As Coberturas e Garantias estão estruturadas unicamente em modelos "full" - muito amplos, e em apenas quatro (4) grandes grupos: a) Ambulatoriais; b) Hospitalares; c) Obstétricas; e d) Odonto; não permitindo oferecer alternativas dentro de modelos mais voltados à prevenção, às necessidades específicas da população e as peculiaridades regionais, conjugando-as e integrando-as ao modelo SUS, desobstruindo o atual congestionado acesso.

B) A combinação de “perda de renda”, quando da aposentadoria, onde (período) em que a grande maioria dos Beneficiários que até então mantinham subsidiados seu plano/seguro saúde, passam a ter que mantê-lo como ônus integral seu (termina o subsídio da empresa). Manter-se com a aposentadoria INSS, além de estar naturalmente em faixa etária de risco cada vez mais elevado, **situação essa inerente ao risco de Morbidez, que é crescente e estruturado no Regime de Repartição Simples – RRS.**

C) A necessidade de se buscar incentivar figuras de prevenção, dentre as quais já há a tradicional figura técnica-atuarial de **previsão legal do “bônus”.**

D) Restrições regulatórias - 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 práticas lesivas das OPS. Entretanto, deve-se ter como objetivo atingir uma situação ideal em que haja acesso às coberturas de saúde, com preços admissíveis e assegurando condições mínimas de solvência das OPS. A regulação deve proteger e estimular o mercado, cuidando para não retrair o setor.

1.2) Quais as consequências (identificando, se possível, os agentes do setor afetados direta ou indiretamente pelo problema)?

Dentre as principais consequências destacamos:

- Mercado com variação de produto inferior à necessidade da população;
- Desestímulo à comercialização de produtos individuais/familiares;
- Elevados custos assistenciais;
- preços superiores ao poder aquisitivo de grande parte da população;
- Restrição à inovação;
- Falta de conhecimento da população;
- Risco à solvência das operadoras;

Onde o principal agente afetado por estes problemas é o beneficiário que anseia ter acesso à saúde privada.

Há uma importante necessidade de **maior domínio por TODAS as Entidades que compõem este segmento, especialmente às que buscam representar os interesses dos consumidores**, no que tange aos requisitos atinentes ao milenar Princípio do Mutualismo e a Lei dos Grandes Números, assentados na modelagem do Regime de Repartição Simples – RRS. Embora haja algumas discussões é notório e necessário entendemos que o Risco de Morbidez tem impactos de múltiplas variáveis e parâmetros, tanto de caráter endógeno, quanto exógeno, não lhe permitindo

estabelecer com a segurança matemática adequada, projeções de longo prazo (acima de 10 ou 15 anos), característica necessária para outras modelagens. Logo e dentro destas restrições estatístico-matemáticas, o RRS apresenta-se como modelagem geralmente adotada no mundo inteiro para a estruturação do Risco de Morbidez.

Esta modelagem traz consigo e lhe é inerente o conceito de “taxa de risco”, ou seja, **o cálculo dos valores a serem aportados para o equilíbrio médio das operações são atinentes ao nível do respectivo risco (probabilidade e custeio médio) de cada idade. O devido entendimento e domínio disto é de fundamental importância a TODOS os PLAYERS!**

O segundo ponto é a acentuada transição demográfica que está ocorrendo neste momento no Brasil, ocasionando uma maior longevidade. Em conjunto ocorre uma acentuada queda da fertilidade, cuja taxa atual indica que entre 2040 e 2050 atingiremos a população máxima, em torno dos 240 milhões de habitantes, à partir da qual enfrentaremos decréscimo populacional, observando as peculiaridades regionais. Observa-se ainda que o saldo migratório é negativo, ou seja, o volume de brasileiros que deixam o país é maior e de maior qualificação que o grupo imigrante.

1.3) Como resolver? Identificar solução e quem pode agir.

1. Coberturas e Garantias mais segmentadas:

Permitir uma gama maior de alternativas de produtos à população, situação já identificada em modelos não regulados oferecidos no mercado atual.

Possibilitar maior diferenciação de produtos em composições menores que as permitidas atualmente e consequentemente com preços mais acessíveis.

Particionar as segmentações atuais em outras menores e permitir a criação de produtos com qualquer uma das novas segmentações.

Criar ambiente para recepção de propostas do mercado sobre esse tema.

1. Ajuste de Mercado – Setor Privado de Saúde:

Criar regras infralegais que não sobre onere as operadoras de planos de saúde com a cobertura de acidente de trabalho e acidente de trânsito. Para tanto vislumbramos alguns caminhos possíveis:

1. Exclusão do rol de procedimentos eventos oriundos de acidente de trabalho ou trânsito;
2. Abatimento dos valores de ressarcimento ao SUS dos montantes relativos a atendimentos oriundos desses eventos.

1. Bônus de Incentivo à Prevenção:

Neste prisma, cabe viabilizar o bonus às respectivas práticas:

- a) Baseado em bons hábitos, tipo: eliminar o tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, uso de drogas lícitas ou especialmente ilícitas, obesidade;
- b) Coordenação do cuidado, com consultas e exames regulares, segundo cada perfil de saúde;

c) Programas participação social, especialmente aos grupos da denominada terceira idades.

1. Fatores Moderadores:

É fundamental melhorar o alinhamento com as demais entidades, em especial as atinentes à defesa dos consumidores, mantendo-se a continuidade dos estudos, com foco na edição de uma resolução fundamentada em princípios, ficando o detalhamento à opções de construção de alternativas junto ao mercado, fato este que vem ocorrendo de forma mais prática, atualmente.

1. Maior Prazo de Programação para Atendimentos Eletivos:

Permitir maior prazo para realização dos atendimentos ELETIVOS, especialmente os de custos mais elevados, viabilizando uma melhor programação orçamentário-financeira. Permitindo que a Operadora varie estes prazos também na composição dos produtos, onde o contratante terá o conhecimento que deverá se programar com a antecedência contratada, para a realização de determinados procedimentos eletivos.

1. Reajustes definidos por Operadoras

Embora a Lei dos Grandes Números nos demonstra de forma inequívoca que o Princípio do Mutualismo só se sustenta nos casos de massificação dos riscos, também é plenamente demonstrado na literatura técnica básica da Ciência Atuarial, em especial ao caso, que a toda média está associado a um desvio padrão. Dentro do objetivo de procurarmos incentivar as pessoas físicas, por ações individuais, bem como as pessoas jurídicas (contratos coletivos), que constituem 80% do mercado, busquem incentivar de forma direta e/ou indireta a otimização dos custos assistenciais. O reflexo direto nestes casos é o nível de reajuste que decorrerá, porém, quando se adota a média geral – POOL nivelamos todos os casos, ainda que não massificados (RN 309).

Em nosso entendimento seria oportuno nos contratos coletivos permitir aplicação de um intervalo de confiança para mais ou para menos, segundo uma confiabilidade de 95% ou 97,5% de uma distribuição normal reduzida – $N(0,1)$.

Para os contratos do segmento de Planos/Seguros Individuais permitir o cálculo, definição e aplicação por operadora, refletindo a experiência e necessidade de sua carteira.

1. Programa de Remissão - Vida (sobrevivência):

O programa de Remissão já existe para outro risco, com toda a definição técnica necessária, inclusive quanto aos registros técnicos – Provisão Técnica e respectivos Ativos Garantidores, e contábeis – codificação das contas e subcontas a serem utilizadas.

Logo, basta apenas permitir (estender) ao risco de vida! Desta forma, permitirá a redução dos custos assistenciais nas idades mais elevadas, tornando os planos mais acessíveis.

É mera definição regulamentar do Setor Privado de Saúde (ANS/DIPRO-DIOPE).

1.4) Quais os resultados diretos e/ou indiretos esperados com a medida proposta?

O Tema Acesso exige uma multidisciplinaridade, requerendo a plena **participação de Todos os Players**, trazendo com isto múltiplos resultados e realinhamentos, que nos permitirão efetuar a construção de planos com maior gama de alternativas para a população, segundo seus respectivos **requisitos e aversão ao risco – a questão de aversão ao risco é pessoal!**

Assim, o primeiro ponto (resultado) a ser atingido é um maior alinhamento e entendimento do ditame econômico básico: "*necessidades ilimitadas, frente a recursos limitados*"!

Conjugado o aspecto pessoal de aversão ao risco, com a otimização dos recursos atinentes à saúde e o pleno incentivo às figuras de Prevenção certamente teremos um ganho quantitativo e qualitativo na maior participação de Beneficiários no Setor Privado de Saúde, melhorando seu acesso e, simultaneamente, otimizando os atendimentos junto ao SUS – Setor Público. **Este é o desafio maior e compromisso recíproco de TODOS OS PLAYERS.**

Tema 2 - Você identifica algum(ns) problema(s) relacionado(s) com o tema selecionado? Qual(is)?

O setor vem se consolidando com frequentes processos de aquisição de carteira, aquisição de Operadoras e por alteração de controle societário das Operadoras de Planos de Saúde, que segue normativa de 2015, a RN 112, com escopo ampliado pela RN 145 de 2007, revisada em 2012 pela RN 307 e novamente em 2015 pela RN 384. Considerando a rápida evolução tecnológica, visando garantir maior agilidade e transparência ao processo atual, é oportuno o debate do tema, buscando aperfeiçoamento das atuais regras sobre, permitindo maior liberdade para o desempenho profissional do atuário nas avaliações oferecidas ao órgão regulador e ir de encontro com a realidade operacional das Operadoras.

Os pontos que merecem atenção inerentes à ciência atuarial são:

- Ausência de previsão de ser facultado ao atuário: a definição de metodologia de avaliação; e definição da duração da análise e dos impactos na absorção/união da carteira;
- Ausência de previsão de estudo atuarial do impacto em todo o capital regulatório da nova carteira;
- Não permite a venda/alienação/cessão/... das vidas em outras segregações além das atualmente contemplados no art. 8º da RN nº 112 que possam agregar níveis de riscos e viabilizar o equilíbrio econômico-financeiro por bloco de negócios personalizado de cada Operadora;
- Anexos obsoletos e obrigatórios pela RN nº 112, que não incentivam as avaliações atuariais pertinentes a cada negociação;
- Falta de clareza na definição das etapas do processo;
- Não permitir adequação dos produtos migrados à regulação atual, bem como a definição de minuta padrão para instrumentos porventura inexistentes; e

- Após a implantação da transferência, se faz necessários clareza e coerência de prazos para atendimento das etapas seguintes, ampliação de prazos para adquirente absorver a carteira, prazo para identificação de elegibilidade às coberturas e garantias adicionais, e prover as adequações necessárias para cumprimento integral dos diversos normativos da agência e outros órgãos, possibilitar regularização de assinatura contratos não existentes da alienante etc

Adicionalmente, com vistas na busca da solvência e equilíbrio econômico do mercado, as regras contempladas no Programa Especial de Escala Adequada - PEA, previstos na RN 431, restringem operadoras de grande porte a aderirem ao PEA, assim como restringem a possibilidade de duas operadoras de menor porte realizarem uma fusão com esse incentivo. Incentivo que poderá viabilizar saída no tempo adequado antes da deterioração de determinadas carteiras, quando percebem uma oportunidade de mais sustentabilidade em processo de fusão.

2.1) Quais as causas?

Resolução defasadas, pouco técnicas e pouco aderente a realidade complexa de operação do setor.

A disponibilidade para apenas uma parcela das Operadoras do PEA, excluindo as Operadoras de grande porte, que possam estar em vias de insolvência, tenham uma saída ordenada e com benefícios do programa.

2.2) Quais as consequências (identificando, se possível, os agentes do setor afetados direta ou indiretamente pelo problema)?

Operadoras adquirentes e demais investidores: desincentivo para entrada no setor ou ampliação de seu Market Share, por ausência de requerimentos técnicos mais robustos que podem levar a insustentabilidade da adquirente e ausência de clareza e adequação das etapas do processo.

Operadoras "alienantes": dificuldade em alienar a carteira por falta de maior número de interessados e redução contínua do nível de solvência (para operadoras em vias de insolvência).

2.3) Como resolver? Identificar solução e quem pode agir. :

ANS prover uma atualização das resoluções, requerimentos mais técnicos e com base num entendimento mais compreensivo de todo o processo operacional do antes e depois da implantação da transferência.

- Previsão de ser facultado ao atuário: a definição de metodologia de avaliação; e definição da duração da análise e dos impactos na absorção/união da carteira;

- Previsão de estudo atuarial do impacto em todo o capital regulatório da nova carteira;

Permitir a venda/alienação/cessão/... das vidas em outras segregações além das atualmente contemplados no art. 8º da RN nº 112 que possam agregar níveis de riscos e viabilizar o equilíbrio econômico-financeiro por bloco de negócios personalizado de cada Operadora.

- Exclusão de anexos obsoletos e obrigatórios pela RN nº 112;

- Definição clara das etapas do processo;

- Permitir adequação dos produtos migrados à regulação atual, bem como a definição de minuta padrão para instrumentos porventura inexistentes.

Sobre o PEA, ampliar para as demais Operadoras e não somente as de pequeno e médio portes, permitindo inclusive fusão entre operadoras de menor porte.

2.4) Quais os resultados diretos e/ou indiretos esperados com a medida proposta?

Disseminar a qualidade técnica nos processos Transferência de Carteira, segurança aos investidores quanto a qualidade de todo o processo, após a efetiva implantação, maior possibilidade de sustentabilidade na adquirente e manutenção de Operadoras solventes nos médio e longo prazos.

Tema 3 - Você identifica algum(ns) problema(s) relacionado(s) com o tema selecionado? Qual(is)?

Atualmente o processo de substituição e atualização de hospitais da rede é um processo oneroso – cobrança de taxa de saúde suplementar/taxa de alteração de produtos – e também demorado, impedindo ao mercado ajustar seus produtos conforme a dinamicidade demandada pelo consumidor, reduzindo a capacidade concorrencial do segmento. Em algumas situações há hospitais que passam a atender exclusivamente SUS e a substituição no processo com a ANS não acontece em tempo hábil, gerando falha na comunicação, insatisfação e possibilidade de NIP.

Existe na regulamentação diferentes critérios de alteração da rede hospitalar e da rede não hospitalar, o critério utilizado para equivalência é insuficiente, pois considera apenas se houve ou não atendimentos nos últimos 12 meses.

3.1) Quais as causas?

No anseio de estabelecer uma regulação que vise garantir o direito do consumidor a regulamentação infralegal excedeu seu papel, passando a estabelecer ônus demasiado na definição do processo que visa garantir a disponibilização do serviço que deve ser objeto do plano de saúde.

3.2) Quais as consequências (identificando, se possível, os agentes do setor afetados direta ou indiretamente pelo problema)?

Processos administrativos onerosos e burocratizados, que não estão necessariamente ligados a finalidade a que se propõe, gerando ônus adicional na cadeia manutenção de um plano de saúde, frente às demandas regulatórias.

3.3) Como resolver? Identificar solução e quem pode agir.

Iniciar o debate de flexibilização de regras com base em princípios. Se o princípio for a garantia da assistência à saúde, então o ideal seria permitir ao mercado propor indicadores que sejam representativos da garantia da assistência, oferecendo liberdade na forma que essa disponibilização é ofertada, em especial no quesito rede de atendimento. Algumas contribuições para o debate são:

- Simplificar o processo de exclusão/substituição de prestadores hospitalares;
- Melhorar o critério de equivalência, levando em conta aspectos técnicos para comparativo, bem como de qualificação;
- Revisar o critério de cobrança das taxas, desonerando o processo, como comentado em reunião da DIPRO com o IBA, em que a taxa passaria a ser por pedido, independente do número de produtos e necessário somente para as operadoras que são contratantes diretas (rede direta);
- Permitir maior autonomia para a OPS definir o critério de substituição;
- Revisar o critério quantitativo: um prestador pode ser substituído por mais de um e vice-versa, desde que seja mantida a qualidade e atendimento
- Levar em conta a rede indireta, pois esta poderá absorver os atendimentos em eventual exclusão de hospital da rede credenciada
- O processo deve ser totalmente digital, com uso de ferramentas e possibilidade de upload ou vínculo de documentos em meio digital, com um gradativa e constante migração para plataformas de comunicação atuais e eficientes.

3.4) Quais os resultados diretos e/ou indiretos esperados com a medida proposta?

Com processos menos burocráticos acreditamos ser viável operacionalmente que as redes hospitalares dos produtos estejam de fato alinhadas entre as informações disponibilizadas pelas operadoras aos seus cliente, os contratos celebrados entre as partes e aquela informada para a ANS.

Tema 4 - Você identifica algum(ns) problema(s) relacionado(s) com o tema selecionado? Qual(is)?

A inadimplência é um problema em praticamente todos os ramos de negócios, e se intensifica principalmente em tempos de crise, nos quais a capacidade de pagamento do cliente fica extremamente comprometida.

Em se tratando de saúde suplementar, o atual processo de notificação e cancelamento por inadimplência - regrado pela Súmula 28 da ANS, torna moroso, pouco prático, pouco efetivo e, principalmente, oneroso para as Operadoras.

Não parece razoável que a intenção de tal processo de notificação e cobrança culmine em aumento de despesas para a Operadora, pois há de se levar em conta que esta já está com sua receita comprometida pela falta e/ou atraso de pagamento das mensalidades. A Operadora tem um papel de "fiel depositário" das mensalidades, servindo como um agente intermediário para gestão destes valores para pagamento aos prestadores de serviço. Uma vez que este fluxo sofra distorções, há prejuízo para todos os agentes da cadeia produtiva.

4.1) Quais as causas?

Há problemas no processo de atualização cadastral de endereço dos beneficiários nas Operadoras, o que aumenta o custo com correspondência com aviso de recebimento (AR) e publicação em jornal de grande circulação (vide Súmula 28 da ANS). Além disso as atuais regras de notificação de inadimplência e regulamentação de suspensão tem custo regulatório e operacional altos, pois os meios de notificação atuais não estão alinhados com os avanços tecnológicos.

4.2) Quais as consequências (identificando, se possível, os agentes do setor afetados direta ou indiretamente pelo problema)?

Como já citado, a Operadora é o "fiel depositário" das mensalidades, ou seja, o agente intermediário entre o beneficiário e o pagamento aos prestadores pelo atendimento prestado. Uma vez que haja um "desencaixe" no fluxo, há prejuízo operacional e financeiro para todos os agentes da cadeia produtiva: os beneficiários pois esse efeito se reflete na mensalidade, as operadoras com o aumento de seu risco e despesa operacional e os prestadores de serviço médico-hospitalares que podem vir a ser impactados como consequência do impacto no fluxo de caixa, com maior demora na liquidação dos sinistros. Os custos do processo de cobrança no formato atual afetam as despesas operacionais e administrativas da operadora, onerando assim o preço final dos planos de saúde. A maior defasagem entre a ação de cobrança efetiva e seu recebimento é fator que aumenta a inadimplência geral nas operações o que também traz impacto na preço.

4.3) Como resolver? Identificar solução e quem pode agir.

A solução passa necessariamente por uma revisão (ou revogação) da Súmula 28, permitindo que o processo de notificação de inadimplência e regulamentação da suspensão de atendimento pela falta de pagamento se adapte aos meios mais modernos e menos onerosos de comunicação, fazendo uso principalmente de novas tecnologias.

Na época em que estamos vivendo não há como ignorarmos a larga utilização de smartphones, a gama de aplicativos (App) existentes, algoritmos, AI (Artificial Intelligence - Inteligência Artificial), IoT (Internet of Things - Internet das Coisas), etc. Esta realidade permite soluções cada vez mais efetivas e menos onerosas. Uma Operadora pode, por exemplo, se valer de seu aplicativo para realizar estas notificações de forma proativa ou mesmo para criar meios para facilitar a quitação da dívida pelo beneficiário. Outras tecnologias de mensagem instantânea como o e-mail, SMS, WhatsApp e outros já são bastante utilizadas por outros ramos de negócio. Algumas empresas já utilizam plataformas online de recebimento e negociação de valores, funcionando 24 horas, sem a necessidade de uma pessoa por trás do processo, o que desonera o setor, viabilizando seu reflexo nos valores de contraprestação ao longo do tempo.

Por outro lado (e por óbvio), é possível que mesmo com todas as medidas adotadas, ainda assim a inadimplência permaneça. Entende-se que há de ser encaminhada, neste caso, a suspensão da cobertura. Sugere-se como prazo que a suspensão comece a valer com 15 (quinze) dias de atraso consecutivos, mantidas as coberturas para atendimentos de urgência e emergência apenas.

No contraponto, é interessante que a Operadora disponibilize meios facilitadores (desde que não onerosos) da quitação da dívida. Há inúmeras possibilidades a serem exploradas, tais como: geração automática de código de barras em aplicativos; possibilidade de geração de boleto no prestador no momento da tentativa de utilização do serviço que está por hora suspenso; liberação parcial e por tempo determinado de alguns dos serviços através de cadastro de “promessa de pagamento”

Enfim, raramente outra prática possibilita tanto ganho de produtividade como o uso de tecnologia.

4.4) Quais os resultados diretos e/ou indiretos esperados com a medida proposta?

Com essas iniciativas espera-se melhoria no processo de cobrança, aumentando a agilidade e diminuindo o custo, através de instrumentos que acompanhem o avanço tecnológico. Com maior agilidade na comunicação efetiva é esperada a redução da inadimplência e facilitação do processo de pagamento para o cliente. Em sendo comprovados esses resultados, esse impacto será refletido na precificação dos planos de saúde realizada pelos atuários.

Tema 5 - Você identifica algum(ns) problema(s) relacionado(s) com o tema selecionado? Qual(is)?

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. A banda de preço da nota técnica permite o enquadramento de diversos modelos diferentes de coparticipação em um único produto, sendo apenas um destes refletido na nota técnica. No modelo atual não há a possibilidade de indicar a partir de que data os preços do novo arquivo de nota técnica passam a vigorar;

Outro aspecto é que a indicação do atuário responsável pela precificação dos produtos ocorre apenas no documento de nota técnica que fica arquivado na Operadora e os grupos de despesas do arquivo de nota técnica não possuem referência oficial ou qualquer padronização a ser seguida pelas Operadoras, impedindo a comparabilidade plena.

5.1) Quais as causas?

A composição do custo no arquivo de nota técnica é exclusivamente pela multiplicação entre frequências de utilização e custos médios segmentados por grupos de procedimentos assistenciais, que reflete o moelo de pagamento *fee for service*.

O modelo estrutural para envio dos dados é em formato defasado, planilha excel com macro que gera um arquivo txt encriptografado, deixando o processo operacional de seu preenchimento um ônus operacional que demanda muitas horas de um atuário quando tratamos de operadoras com grande volume de produtos, deixando esse profissional de utilizar seu tempo e habilidades na gestão atuarial e acompanhamento das operações.

Além disso, no arquivo atual de nota técnica consta apenas uma coluna de recuperação de despesas por coparticipação, em valores reais, impedindo qualquer outro modelo seja admitido.

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 do dia que se pretendi iniciar a comercialização com novas tabelas de valores.

O arquivo de nota técnica não contém indicação do atuário responsável pela precificação nele contida.

As mudanças do SIP ao longo do tempo fizeram com que deixasse de existir uma relação direta entre cada procedimento e um grupo de despesas que anteriormente eram referenciados no SIP.

5.2) Quais as consequências (identificando, se possível, os agentes do setor afetados direta ou indiretamente pelo problema)?

Para enquadrar outros modelos de remuneração os atuários precisam fazer ajustes manuais que podem distorcer os indicadores aferidos pela Agência por meio dos dados enviados nos arquivos de nota técnica;

Não há segurança na correlação entre o preço calculado e o modelo de coparticipação praticado pela Operadora nas comercializações, tanto para o atuário, quanto para ANS e equipe da operadora, pois embora as informações possam ser passadas em documento apartado para a operadora, o processo não é transparente para todos envolvidos e não garante sua continuidade em anos subsequentes ou com a troca de profissional, quando ocorre dentro das organizações.

O modelo atual dificulta a conciliação de planejamento entre áreas envolvidas (TI, Marketing, Atuário, Rede, entre outros);

Falta de padronização para estudos técnicos atuariais, o que impede a continuidade de processos para as operadoras e transparência para a o órgão regulador.

Não há delimitação de responsabilidade pelo preço ao atuário responsável, visto que a Operadora pode dispor de diversos profissionais segmentando por tema. No processo atual pode até ocorrer o preenchimento do arquivo por profissional não habilitado.

5.3) Como resolver? Identificar solução e quem pode agir.

Definição de estrutura de arquivo eletrônico contendo dados mínimos de custo por beneficiário exposto, determinado por metodologia atuarial, por atuário habilitado pelo IBA, permitindo que a geração desse arquivo possa ocorrer pelo meio que melhor convier àquele profissional, desvinculando o uso de planilha excel, embora permitindo o seu uso. Tais informações podem ser exigidas por grupos de despesas, desde que sejam estabelecidos critérios claros de agrupamento de despesas, identificados diretamente a partir da tabela TUSS.

Deixar de exigir dados históricos de custo médio por evento e quantidade de eventos, que estabelece uma vinculação com o modelo de pagamento fee for service.

contemplar no novo modelo de envio de dados que um único produto seja operado com diferentes combinações de fator moderador, de maneira que ele terá diferentes custos por exposto, conforme o modelo de fator moderador. Assim, seria até possível a redução do intervalo de faixa de preços previsto atualmente na regulamentação (30%). 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 específico a cada precificação**, sem que isso atribuísse mais ônus para o segmento (pagamento de taxa de registro de produto).

Inclusão de campo de início de vigência dos novos preços, para que os arquivos de nota técnica não precisem ser enviados imediatamente no momento da decisão por atualização de preços pela Operadora, permitindo um lançamento de atualização de tabelas de vendas ou de novos produtos de forma programada.

Inclusão de novo campo para informação do registro do Atuário (MIBA e CIBA, se for o caso) no arquivo de NTRP.

Disponibilização de planilha De/Para dos códigos TUSS com a classificação dos grupos de despesas que atualmente são apresentadas no anexo IIA da NTRP.

5.4) Quais os resultados diretos e/ou indiretos esperados com a medida proposta?

Assertividade dos dados enviados nos arquivos de nota técnica e possibilitando o monitoramento das práticas de outros 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.

Mitigar risco de operação fora das condições e/ou limites da nota técnica.

Atribuir a responsabilidade pela precificação ao atuário que efetivamente elaborou a nota técnica.

Padronização dos dados enviados pelas diferentes Operadoras, com a correta classificação dos procedimentos, permitindo desenvolvimento de estudos internos pela ANS quanto aos parâmetros adotados pelas Operadoras nas precificações.

Tema 6 - Você identifica algum(ns) problema(s) relacionado(s) com o tema selecionado? Qual(is)?

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. 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 envelhecimento da população com produtos individuais, 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.

Além disso do envelhecimento essas carteiras, existem diversos fatores que também não estão contemplados no reajuste definido pela ANS que podem levar um plano de saúde ao desequilíbrio e necessidade de revisão técnica e serão melhor abordados nos próximos tópicos.

6.1) Quais as causas?

O processo de envelhecimento das carteiras de planos de saúde, representado pela maior proporção de idosos sobre a população total, que se acentua 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 ao seu peso relativo a 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 temos 9,33% de pessoas com 65 anos ou mais, contra 21,10% de jovens com até 14 anos; em 2011 essa relação era de 7,51% para 24,17%.

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

- a) 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;
- b) Inflação médica descasada dos reajustes autorizados para o plano pela ANS;
- c) Reajustes autorizados para o plano pela ANS de forma nacional, descasado da inflação médica de cada região do Brasil e por cada operadora;
- d) Reajuste da ANS somente toma por base a variação dos custos passados, sem levar em consideração aumentos para os próximos 12 meses que podem ser distintos dos observados no último ano;
- e) Dificuldade da operadora 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;
- f) Novas tecnologias, novo rol de procedimentos, diferentes comportamentos dos indivíduos participantes e sua tendência de aumento de um determinado plano de saúde, custos de decisões judiciais por cobertura de procedimentos não previstos no contrato (que hoje existe lançamento contábil específico no plano de conta da ANS na conta 44 e não na 411 contemplada pela Agência no reajuste) também podem gerar desequilíbrio atuarial se não forem considerados no cálculo dos reajustes, como não é realizado hoje no reajuste apurado pela ANS.

6.2) Quais as consequências (identificando, se possível, os agentes do setor afetados direta ou indiretamente pelo problema)?

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, denominado de Regime Financeiro de Repartição Simples, no qual todos os beneficiários pagam uma mensalidade em um determinado período independente da ocorrência ou não do risco segurado, que irá cobrir as despesas somente daqueles que utilizaram o plano no mesmo período e não formam uma poupança individualizada.

No momento 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, ajustado 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.

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 que levam em consideração a mudança de custos da região de cobertura do plano, inclusão de novos procedimentos pela ANS, impacto de decisões judiciais sobre cobertura extra-rol, tendência de aumento de utilização/comportamento dos beneficiários e mudança da estrutura etária da carteira da OPS para os próximos 12 meses. Assim, o reajuste passa a não ser suficiente e não é permitido à OPS cancelar unilateralmente o contrato de plano individual, o que 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 em curto prazo e com subsídio cruzado entre as faixas etárias. Porém, ficam estabelecidas regras de garantia de cobertura de longo prazo com os percentuais de reajuste 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 passa a ser um problema real.

Nesse contexto, a consequência é a geração de déficits, uma vez que a receita arrecadada dos mais jovens que tem sido uma quantidade de pessoas cada vez menor em razão do envelhecimento populacional, pode não ser suficiente para compensar a despesa com o crescimento da quantidade de beneficiários idosos no plano, o que causa desequilíbrio atuarial e financeiro e vem desestimulando a comercialização de planos individuais.

Adicionalmente, outros fatores como a manutenção das relações com a rede de prestadores de serviços, inclusão de novas tecnologias e comportamentos dos indivíduos trazem impactos que podem ser significativos para o equilíbrio atuarial do plano de saúde, devendo ser objeto de revisão técnica.

6.3) Como resolver? Identificar solução e quem pode agir.

É importante discutir os 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 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 10ª e 1ª 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. Ressalta-se que reajustes cada vez maiores somente farão beneficiários mais jovens ou de menor riscos saírem da OPS, por não terem interesse em manter contraprestações altas e sem utilizarem o plano, e permanecerão aqueles de maior custo e mais idosos que precisam de tratamentos, gerando um círculo vicioso de reajustes cada vez maiores, não sendo o objetivo das operadoras e nem da ANS, motivo da proposta de ampliação desse limite;

b) 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 a última faixa etária para cada idade, como podemos ver na experiência de 10 OPS distintas (gráfico será enviado à ANS por e-mail). Assim, o ideal seria também ter uma revisão da estrutura atual de faixas etárias, abrindo novas faixas que permitam reajustes acima de 59 anos, com ajuda da ANS no Congresso Nacional para rediscutir a revisão do estatuto do idoso para contemplar o idoso especial (80 anos e mais) e não o idoso de 60 anos e mais, gerando possibilidade de preço justo e equilibrado atuarialmente em todos os grupos de risco.

c) A ANS prever a possibilidade de revisão técnica como complemento ao reajuste a ser divulgado pela ANS (que passaria a ser mínimo e não teto), determinando às OPS que seja apresentada uma nota técnica atuarial de revisão técnica elaborada por atuário legalmente habilitado e com registro no IBA, pautado nos princípios atuariais do IBA,

tornando-se uma solução para o equilíbrio financeiro dessas carteiras e da operadoras no cenário do longo prazo. 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 6.1, não sendo por má gestão das vendas. Nesse cenário seria possível definir requisitos a serem seguidos para que uma operadora seja habilitada a apresentação de revisão técnica, tais como PROMOPREV para população idosa, pessoas com doenças crônicas, etc., de forma a caracterizar que trata-se de operadora que gerencia seus custos e adota práticas alinhadas com os incentivos oferecidos e alinhamento por meio desses programas. 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;

d) A revisão técnica poder abranger os seguintes estudos, de forma a viabilizar reajustes menores, conforme é feito nos estudos de planos coletivos:

1. Alteração dos modelos de fator moderador como alternativas do reajuste;
2. Alteração da rede de prestação de serviços ofertada; ou
3. A combinação dessas variáveis ou outros pertinentes.

e) Quanto a hipótese sugerida no item “e.1”, relativamente ao reajuste de valores de contraprestação, esse poderia ser aplicado de forma única ou plurianual. Pode-se pensar também em diferimento em mais de 1 ano, da diferença entre o reajuste técnico e o da ANS, até a próxima apuração do reajuste técnico, de forma a não penalizar o beneficiário e ele ter uma previsão do máximo anual a ser aplicado, havendo melhor equilíbrio da relação com o beneficiário e a operadora também conhecer as metas para fazer suas projeções e gestão de vendas.

6.4) Quais os resultados diretos e/ou indiretos esperados com a medida proposta?

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 do reajuste técnico a ser possibilitado às operadoras, reduzindo a incerteza que hoje existe sobre os reajustes definidos pela ANS.

A regulação atual sobre o reajuste dos planos individuais é o maior impecílio para manutenção da operação de venda desta modalidade de contratação; e quando atuam nesse segmento, as variáveis apontadas nas causas dessa contribuição são exatamente a razão de seus preços serem tão elevados. Uma vez sendo permitida a revisão técnica a tendência será a volta de comercialização de planos individuais pelas OPS e também com tabelas de vendas com valores mais próximos às sugestões técnicas atuariais, permitindo maior acesso da população sem planos de saúde.

Criação : 15/11/2019 21:15:57

Atualização : 15/11/2019 21:15:57