



São Paulo, 03 de agosto de 2010.
ABR. 042/2010

Ilmo. Sr. Dr.

ALFREDO LUIZ DE ALMEIDA CARDOSO

Diretor de Normas e Habilitação de Operadoras da
Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

Rua Augusto Severo nº 84 – Bairro Glória
Rio de Janeiro - RJ

Ref.: Câmara Técnica da Nova Metodologia de
Reajuste – Proposta de adoção do “yardstick
competition” combinado com “price cap” (“value cap”)

Prezados Senhores,

A Associação Brasileira de Medicina de Grupo - ABRAMGE, representante, em todo o território nacional, das empresas operadoras de planos privados de assistência à saúde, classificadas como Medicina de Grupo, vem, pela presente, apresentar seus comentários e sugestões para a Câmara Técnica de Novo Modelo de Reajuste.

O presente texto não esgota a matéria, dada sua natural complexidade, para a qual contribui as características do mercado brasileiro de assistência à saúde, no qual se insere o segmento da saúde complementar.

As dimensões continentais do país encerram peculiaridades regionais extremamente específicas, sobretudo no âmbito da saúde.

Desnecessário enfatizar que essa diversidade guarda estreita relação com a capacidade econômica de cada rincão.

Revisão bibliográfica (sintética)

Andrei Shleifer (1), em seu célebre artigo sobre “yardstick competition” adverte sobre as vantagens de aplicação de seu modelo mesmo diante da situação de mercado com empresas heterogêneas, situação na qual só se atinge o ótimo social se a heterogeneidade for corretamente mensurada.

Outro aspecto importante diz respeito a uma das premissas do modelo: as firmas estão operando em um ambiente sem incerteza.

Esta limitação é relaxada pelo autor quando aborda a experiência do Medicare norte-americano.



O sistema Medicare classifica todos os pacientes possíveis em 500 grupos diagnosticamente relacionados¹. Cada paciente é associado a um desses grupos com base no diagnóstico do médico, pagando o Medicare para o hospital um valor fixo para tratar um paciente, observado seu DRG. A magnitude desse valor está relacionada com custo médio desse tratamento em hospitais comparáveis.

O autor aponta, todavia, para uma injustiça do sistema Medicare, quando não considera a severidade da doença, que pode direcionar uma leva de pacientes para um determinado recurso hospitalar.

O Centro de Análise de Política Econômica da Holanda (2) sumariza o “yardstick competition” da seguinte maneira (os grifos são nossos e foi empregada tradução livre):

YC² é um esquema regulatório que consiste na aplicação de uma forma artificial de competição. Ele é concebido para situações em que a competição está ausente ou falha; mais especificamente, em situações em que os agentes têm baixo incentivo para promover custos eficientes.

Em continuação alerta que tal esquema não pode ser indiscriminadamente aplicado a qualquer setor da economia. Sua aplicabilidade está intimamente vinculada ao tipo de falha de mercado envolvida, dentre outras coisas. Quatro condições necessárias (mas não suficientes) foram elencadas:

- ◆ falha de mercado;
- ◆ comparabilidade;
- ◆ informação privada;
- ◆ possibilidade de verificação.

Ilustram, ainda, os objetivos potenciais da regulação em 5 itens:

- ◆ eficiência (tanto estática quando dinâmica);
- ◆ equidade;
- ◆ qualidade;
- ◆ segurança de fornecimento; e
- ◆ ambiente.

A exemplo de Sheiler, alerta para o problema da heterogeneidade, que pode comprometer seriamente a aplicabilidade da sistemática em discussão.

No documento holandês são abordados casos de aplicação dessa metodologia:

- ◆ Serviços de água e esgoto na Inglaterra.
- ◆ Serviços de telecomunicação nos Estados Unidos.
- ◆ Serviços de assistência à saúde nos Estados Unidos³.

¹ DRG: diagnostically related group.

² YC= yardstick competition.

³ Health care services (US). Trata-se do exemplo do Medicare.



- ◆ Fundo de pesquisa na Inglaterra.
- ◆ “Carrot regulation” em Israel⁴ (caso dos salários dos professores).

Pela importância, reproduz-se no quadro 1 a íntegra de trecho que trata da decisão sobre a conveniência de aplicação do “yardstick competition”

Access Economics (3) elaborou relatório específico sobre a melhor maneira de se regular a formação de preços da indústria de seguro de saúde na Austrália.

Quadro 1

Conveniência de aplicação do “yardstick competition”

*Deciding whether to apply yardstick competition
Stage I yardstick competition yes or no*

The *first* step is to properly delineate the market. The success of every application of yardstick competition depends on comparability and measurement, which makes it necessary to determine which products are produced by the industry and which inputs are used.

The *second* step consists of checking whether the four applicability conditions for yardstick competition are met: market failure, comparability, private information and verifiability. As part of this step, other characteristics of the industry should be investigated as well, such as the rate and the kind of technical change that has occurred in the recent past. This step basically determines the benefits of yardstick competition.

The *third* step is to decide in which form yardstick competition should be applied (if at all). We distinguished between three kinds of yardstick competition in chapter 2: yardstick competition as a form of price cap regulation, relative performance budgeting, and carrot competition. In addition to this, it needs to be determined what other objectives, apart from static efficiency are important with respect to the industry that is investigated. We discussed dynamic efficiency and quality as regulatory objectives, as well as the trade-offs between them in chapter 3. It may be that some other type of regulation is needed in addition to yardstick competition in order to safeguard objectives other than (static) efficiency.

The last step of the first stage is to assess the side effects of yardstick competition. The most important of these are possibility of quality degradation and the consequences for the behavior of agents on aspects that are not regulated. If these side effects seem limited or can be mitigated effectively, a preliminary YES can be given to yardstick competition.

The YES is preliminary because stage II still has to determine whether regulatory costs do not outweigh benefits.

FONTE: (2)

⁴ Esquema que proporciona apenas recursos adicionais.

No referido relatório foram abordados os seguintes opções regulatórias:

- 1) Opção 1: sem regulação de preço.
- 2) Opção 2: preço monitorado.
- 3) Opção 3: regulação por incentivo (regulação CPI-X).

A conclusão final do relatório é que se adote a opção 2.

Dentre as razões alinhadas, destacam-se os seguintes aspectos:

- ◆ os custos futuros são incertos e largamente fora do controle das seguradoras de saúde;
- ◆ os produtos PHI⁵ são tipicamente vendidos como conjuntos de coberturas hospitalar, médico e de serviços complementares;
- ◆ os tipos de tratamentos médicos financiados através dos PHI estão também mudando, com tendência ascendente de custos, mas, também, de maior nível de qualidade.

Bradgon (4), conceituado analista de políticas de saúde, opõe-se de maneira radical à opção do “price cap” alegando:

- ◆ os reguladores do governo colocam os ônus de acréscimos nos custos nas costas das companhias de seguros, evitando qualquer tipo de análise sobre como a intervenção do estado no mercado de assistência à saúde contribuiu para os aumentos nos prêmios;
- ◆ a imposição do “community rating” e do “guaranteed issue” em 1993 foram claramente fatores chaves para os altos custos do seguro de saúde;
- ◆ o Estado emitiu 43 normativos forçando os seguradores a oferecerem planos mais dispendiosos, cobrindo benefícios bem específicos.

Professor Michael S. Rozeff (5) defende a tese da auto-regulação alegando que a regulação pelo governo se dá distante da arena dos acontecimentos, com graves reflexos nos custos da saúde.

David B. Kendall (6) conclui sua análise sobre o controle de preços no setor de cuidados com a saúde como mostrado no quadro 2.

Quadro 2

Conclusão do artigo Health Care Price Controls

Conclusion

Ultimately, government price regulation will always fail because it does not change the underlying economic forces driving up prices. If we are serious about slowing the growth of health care costs, we have to change the ways we consume and provide medical care. Price controls evade the hard but essential work of structural reform in health care markets: They are a quintessentially political response to an economic problem. The alternative is to allow well-functioning markets to set prices and allocate resources, while ensuring that all Americans have access to affordable health care coverage. The market-oriented approach leaves decisions to cost-conscious consumers and health care providers rather than bureaucrats.

FONTE: (6)

⁵ PHI = private health insurance.



Simon Cowan (7) finaliza seu artigo de 2002 ponderando que a regulação por “price cap” pode ser mais apropriada para indústrias sem requerimentos por investimentos substanciais, na presença de excesso de capacidade, do que no caso de expansão em que projetos com pesados investimentos são necessários.

Ettlinger, Hamilton e Krohm (8) quando observam a formação de preços de planos de seguros se pronunciam como mostrado no quadro 3 (os grifos são nossos).

Professor Seog (9) em seu livro lembra que “Insurance pricing is traditionally an área of actuarial science.”

Em outro trecho esclarece que o prêmio se compõe de duas partes: o prêmio puro e o prêmio carregado.

O primeiro é a perda esperada descontada e envolve a estimacão da distribuicão das perdas. Sem o conhecimento dessa distribuicão, o segurador não conseguirá estabelecer o preço justo e administrar o risco.

Quadro 3

Trecho do livro *The Regulation of Insurance*

The regulation of insurance rates is unique in four aspects:

1. Insurance rates are set before the actual cost of the product can be determined. Unlike that of a manufactured product, the actual cost of insurance can take years to determine, because losses might occur long after the policy expires.
2. States legislatures have chosen a variety of rate regulatory environments under which insurers can operate. Some states allow insurers considerable flexibility to charge the rates they see fit. Others impose a variety of requirements that must be met by insurers in order to receive approval to sell their products.
3. The insurance industry has developed a variety of information-sharing and joint-product-development mechanisms that would be considered antitrust violations if practiced in any other industry.
4. The formula for regulating rates has been – until recently – quite different from the return-on-equity emphasis of utility regulation.

FONTE: (8)

No quadro 4 reproduz-se duas páginas do livro antes mencionado.

Quadro 4

Trecho do livro *The Economics of Risk and Insurance*

Chapter 12

Competition in the Insurance Market

Insurance goods are distinguished from conventional goods such as foods and manufactured goods in many aspects. First of all, insurance goods are individual, in that different individuals may pay different prices and receive different benefits even if they purchase the same insurance from one insurer. The individuality of insurance is related to several issues. For example, the different risks of individuals will be reflected in insurance contracts. Since the risks of individuals are often private information, insurers try to figure out the risks. This is the information asymmetry issue considered earlier. Individuality also implies that the information regarding one insured's insurance is not very helpful in understanding another insured's insurance. Therefore, insureds as well as insurers are exposed to the incomplete information problem.

Another distinguishing characteristic of insurance is that insurance is a so-called experience good, implying that the true quality cannot be known, or is difficult to know, at the time of purchase. As a matter of fact, it is probably difficult to know the quality of insurance even after purchase, unless insureds experience accidents or losses. In this sense, the insurance good has "credence" attributes defined as those which cannot be evaluated in normal use (Darby and Karni, 1973).

The third important characteristic of insurance is that sales precede production, which reverses the normal order for conventional goods. At the time of sale, the insurer makes a promise that she will pay for a loss that may occur in the future. In exchange for the promise, the insurer receives the premium from the insured. However, it is impossible to fully understand and describe future events. In the jargon of contract theory, the existence of diverse transaction costs makes the insurance contract incomplete.

Competition in the Insurance Market 235

This incompleteness, in turn, causes conflicts between insurer and insured to occur. Important sources of conflicts include the insurer's insolvency and the different interpretation of the contract terms.

All of the distinguishing characteristics of insurance point to incomplete information. Having extensively studied the incomplete information of insurers in the earlier chapters, this chapter is focused on the incomplete information of insureds. The incompleteness of information of insureds will affect the competition among insurers. Price competition may not be very aggressive, even if there are many insurers, since low price may imply low quality. We may observe differential prices in the market with the same quality, if insureds need to incur costs to get information regarding prices. As a result, the traditional perfect competition model of economics fails to apply to the insurance market. We may observe diverse prices and diverse qualities in the market. This chapter will investigate the features of price and quality distributions in the insurance market. We start with a simple linear model of duopoly to investigate the product differentiation (Section 12.1). Then we move on to more sophisticated search models where price and/or quality are not observable, ex ante (Sections 12.2 and 12.3). We consider both sequential and nonsequential searches. A multi-period model is studied in Section 12.4. A competitive model is also discussed in Section 12.5.



Comentários técnicos

A bibliografia encontrada sobre a metodologia de reajustamento proposta pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS não encontra unanimidade quando se raciocina com sua introdução no mercado de seguros, aí inserido o segmento da saúde suplementar.

Como bem enfatizado, no nosso segmento só se conhece o verdadeiro custo do produto, muito tempo após sua comercialização.

Uma indagação técnica bem peculiar: como se regularia o preço (ou a taxa) das cotas de um consórcio?

O valor das cotas de um consórcio hipotético depende do preço do bem, do tamanho do grupo e das despesas de administração, sob um ângulo bem simplista.

O poder para influir no preço do bem a ser distribuído aos membros consorciados depende de uma série de fatores, um dos quais é o nível da demanda.

Como a maioria absoluta das operadoras de plano de saúde opera no regime financeiro atuarial da repartição simples, a figura do consórcio é bem apropriada para ilustrar a formação do preço do plano de saúde.

Um detalhe: no consórcio, todos os membros receberão o bem em algum momento. No plano de saúde, fixado um período de análise, poderá haver indivíduos que não chegaram a utilizar o seu plano.

A capacidade da operadora em pressionar os elementos geradores de custo é extremamente limitada.

Pelo lado da ação sobre o consumidor, resta à operadora o mecanismo da co-participação e da franquia dedutível, que devem ser usadas com parcimônia, para evitar o eventual agravamento de um dado quadro de saúde.

A pressão sobre os preços praticados pelos prestadores de serviços pode levar à queda no padrão de qualidade da medicina oferecida, que acaba por redundar em maiores custos no futuro.

Em síntese, utilizar a operadora de saúde como intermediária na gestão por custos mais baixos exigiria uma mudança de seu papel institucional, provavelmente com o patrocínio governamental.

Mesmo assim, o vetor longevidade continuará a pressionar positivamente a tendência de alta dos custos médicos e assistenciais, sempre alavancados pela tecnologia.

É relevante registrar que a *margin sobre as vendas* de uma operadora de saúde situa-se no intervalo entre 0% (autogestões) a 15% (seguradoras).

As medicinas de grupo têm suas margens entre 5% a 8%.



Quando se compara esses níveis com os *spreads* cobrados pelo sistema financeiro, também um intermediário, pode-se ter uma boa idéia da estreita margem de manobra das operadoras de saúde.

Conclusões e sugestões

Pelo exposto, a ABRAMGE considera inaplicável a sistemática de “*yardstick competition*” combinada ou não com teto de preço ou de valor (“*price cap*” ou “*value cap*”) no mercado de seguros do Brasil, onde se insere o segmento da saúde suplementar.

No que diz respeito a reajustamento de preços de planos médicos a ABRAMGE sugere o que segue:

1. Desenvolvimento de um índice de preços para o setor

Em linhas gerais o *índice de preços ANS* serviria para medir o efeito inflacionário no âmbito da saúde suplementar. Seria uma aplicação do Índice de Laspeyres, no qual a cesta de produtos corresponderia ao rol determinado pela ANS. A quantidade base seria determinada, tomando-se um grupo de operadoras de regiões pré-estabelecidas e levantando-se o consumo desses itens no intervalo de 24 meses. O preço referente a cada item da cesta (rol da ANS) seria obtido, através da consulta a grupo de prestadores escolhidos por sua importância regional. Os preços poderiam ser atualizados a cada trimestre, inclusive ponderando-se sobre acréscimos ou reduções na lista de prestadores. A cada biênio, atualizar-se-iam os pesos (quantidades). Importa destacar que esse índice mediria a inflação do setor, que nada tem a haver com a solvência da operadora. Com base nesse índice a ANS fixaria o percentual de reajuste anual para o setor.

2. Revisão técnica (ou revisão tarifária)

A criação de um índice de inflação, como o sugerido em 1, pode não ser suficiente para garantia de solvência das operadoras, dada a elevada volatilidade das variáveis que compõem o custo assistencial. Assim sendo, cada operadora poderá submeter pleito específico de revisão do percentual de reajustamento fixado pela ANS. A instrução do pedido viria acompanhada de planilha como a mostrada no quadro 5, a qual seria auditada por entidade independente (com registro na CVM para operadoras com mais de 100.000 beneficiários e com registro no CRC para operadoras com até 100.000 beneficiários). A ANS teria um prazo máximo de 30 dias para pronunciamento.



Quadro 5

Planilha ilustrativa para suportar pleito de reajuste complementar

PORTE	SEGMENTO	PRODUTO	FAIXA ETÁRIA	ITEM	ANO X			ANO X+1		
					EXPOSTOS	VALORES	%	EXPOSTOS	VALORES	%
Pequena Média Grande	Individual/Familiar Coletivo por adesão Empresarial			Consultas						
				Exames						
				Terapias						
				Internações						
				Demais desps.						
				Desps assist. .não						
							100%			100%



3. Reajustamento de planos odontológicos

Coexistem no mercado planos odontológicos puros e planos odontológicos agregados a planos médicos. A taxa de reajustamento anual das contraprestações dos planos odontológicos agregados a planos médicos acaba por se diferenciar daquela aplicável aos planos odontológicos puros. A ABRAMGE sugere uma uniformidade de critérios para esses casos, propondo ainda a admissão da revisão técnica para esse segmento.

Eram estas as considerações que tinha para se fazer.

Com nossos protestos de elevada consideração de apreço, firma-se

Atenciosamente,

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE GRUPO
ABRAMGE**

Arlindo de Almeida
Presidente

Obras Citadas

1. **Shleifer, Andrei.** A theory of yardstick competition. *Rand Journal of Economics*. No.3, 1985, Vol. 16.
2. **CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis.** Yardstick competition - Theory, design and practice. *Working paper*. No.133, 2000.
3. **Access Economics Pty Limited.** *Regulation of private health insurance pricing*. Challenger Financial Services Group. 2005.
4. **Bragdon, Tarren.** Health insurance price caps a bad idea for business. *Albany Business Review*. March de 31 de 2006.
5. **Rozeff, Michael S.** LewRockwell.com. [Online] 12 de March de 2007. [Citado em: 1 de June de 2010.] <http://www.lewrockwell.com/rozeff/rozeff142.html>.
6. **Kendall, David B.** ppi progresive policy institute. *ppi progresive policy institute*. [Online] 9 de June de 1994. [Citado em: 2 de June de 2010.] http://ppionline.org/ppi_ci.cfm?knlgAreaID=111&subsecID=138&contentID=1420.
7. **Cowan, Simon.** Price-cap regulation. *Swedish Economic Policy Review*. 9, 2002.
8. **Ettlinger, Kathleen Heald, Hamilton, KarenL. e Krohm, Gregory.** *State Insurance Regulation*. First Edition. Malvern : Insurance Institute of America, 1995.
9. **Seog, S. Hun.** *The Economics of Risk and Insurance*. Seoul : Wiley-Blackwell, 2010.