

OFÍCIO DISAU Nº 046/2010

Rio de Janeiro, 03 de agosto de 2010

Ref.: Câmara Técnica da Nova Metodologia de Reajuste

Prezados Senhores,

A **Federação Nacional de Saúde Suplementar – FENASAÚDE**, entidade representativa das operadoras de planos privados de saúde e de seguros saúde vem, em atenção às solicitações da 1ª Reunião da Câmara Técnica da Nova Metodologia de Reajuste realizada em 01/06/2010, apresentar suas considerações sobre o tema.

Inicialmente gostaríamos de registrar a importância de se discutir novamente em câmara técnica a sistemática pela qual os planos e seguros de saúde individuais novos são reajustados dado que a regra em vigor prevalece sem alterações há 9 anos. Esse processo reforça o comprometimento da diretoria da ANS em criar um ambiente técnico e democrático para a participação dos interessados no processo de formulação das políticas públicas.

Buscaremos ao longo deste documento expor de modo não exaustivo as nossas principais considerações quanto à regulação dos preços dos planos individuais novos bem como da utilização de um modelo do tipo *price cap* para regular os preços dos planos.

Encaminhamos em anexo o Parecer Técnico elaborado pela empresa Towers Watson que traz um retrospecto do modelo de reajuste aplicado no Brasil, analisa os desafios deste setor e apresenta algumas sugestões para serem analisadas pela ANS.

Ilmos. Senhores

Maurício Ceschin – Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Alfredo de Almeida Cardoso – Diretor da Diretoria de Produtos da ANS

Fábio Dantas Fassini – Presidente da Câmara Técnica

Também encaminharemos no dia 05/08/2010, o Parecer Econômico do especialista em regulação Dr. Edgard Antônio Pereira, que abordará aspectos econômicos para a aplicação do modelo.

1) Considerações sobre a Regulação dos Preços dos Planos Individuais Novos

1.1) Racionalidade para a Regulação dos Preços

Inicialmente gostaríamos de destacar que acompanhamos grande parte da literatura econômica tradicional que recomenda a regulação dos preços apenas para os casos onde existe monopólio natural. Entendemos que a base conceitual para a intervenção governamental sob a forma de imposição de limites à livre formação dos preços de mercado reside no conhecido problema do monopólio natural. Este é o caso de uma empresa capaz de produzir a quantidade total ofertada por uma indústria a um custo inferior ao custo que seria obtido por várias empresas. Um monopólio natural como se sabe é a estrutura de mercado onde as economias de escala são tão grandes que não há competição entre empresas pois apenas uma empresa supre todo o mercado. Estes eram os casos, por exemplo, da telefonia fixa, distribuição de energia e gás encanado. Até mesmo nesses casos, a inovação tecnológica é capaz de introduzir competição e o monopólio natural tende a ser um problema superado na medida em que a entrada for livre. Até que isso aconteça, é desejável que se imponha alguma regulação nos preços de forma a introduzir incentivos para a efetiva melhoria dos serviços e minimização dos custos.

Nem seria preciso uma análise econômica mais aprofundada para demonstrar que um setor onde operam mais de 1.200 empresas está longe de ser considerado um setor com monopólio natural. Pode-se, todavia, argumentar que no caso de planos individuais existiria pouca mobilidade após consumado o contrato e que a operadora então poderia abusar de seu poder de mercado aumentando excessivamente os preços para além dos níveis competitivos e que a carência inibiria a competição no mercado. Ainda assim, neste caso, seria função do setor público proteger esses grupos de consumidores tendo em vista que há, ou pelo menos deveria haver, oferta pública de serviços de saúde? Importante lembrar que com o advento da regulamentação da portabilidade de carências, o regulador já eliminou algumas importantes barreiras para a mobilidade de consumidores de planos individuais.

O controle de reajustes tem efeitos secundários importantes e que deveriam ser considerados. Além de inibir a oferta de novos produtos pode estar estimulando o controle excessivo da utilização dos serviços por parte de algumas empresas para a manutenção do equilíbrio atuarial e financeiro do produto. Isso sem falar nas inovações que não acontecem por pura aversão ao controle. O melhor antídoto contra o abuso do poder de monopólio ainda é a concorrência, real ou potencial. Neste sentido, a eliminação de restrições burocráticas e regulatórias é uma importante medida a ser tomada para incentivar novas entradas no mercado de saúde suplementar.

A teoria econômica moderna, em especial a economia da regulação, é capaz de identificar um conjunto de situações onde a regulação dos preços pode ser eficaz. Entretanto essas são poucas e muito bem delimitadas situações. Em mercados onde a competição é reduzida, ou seja, existem poucos competidores atuando, é mais eficiente, como política pública, a redução das barreiras à entrada no mercado, algumas econômicas e tecnológicas e outras de natureza regulatória, como forma de incentivar a competição e inibir práticas anti-competitivas. É a política de defesa da concorrência monitorando a competição nos mercados a partir do controle dos atos de concentração, da repressão às práticas de cartel e demais condutas anti-concorrenciais. Importante ressaltar a existência de competição efetiva na comercialização de novos produtos.

Entendemos que o objetivo da regulação deve ser o de gerar um mercado competitivo. Em ele tendo esta característica, naturalmente o consumidor será beneficiado. Com a política de controle de reajustes atual, além de se gerarem os riscos de solvência e mecanismos de subsídio cruzado, tem-se um mercado sem interesse pelo lado da oferta, ou seja, não contestável, que não gera benefícios para o consumidor. A discussão de reajustes é apenas uma pequena parcela da discussão de um mercado competitivo. Tão importante quanto discutir reajustes puros é discutir as barreiras à entrada e à saída do mercado, por exemplo.

Para se discutir tecnicamente os modelos de regulação é preciso anteriormente se traçar um paralelo entre as características do mercado regulado e as indicações de regulação. Este é um passo importante para que se tenha a medida da regulação que está em discussão. O setor de saúde suplementar não pode ser caracterizado de forma genérica como uma cadeia produtiva tal como ocorre em outros setores integrados verticalmente onde as relações entre fornecedores e compradores são amplamente reconhecidas, identificadas e quantificadas.

O setor das operadoras é um setor financiador, por essência e vocação, da atividade de prestação de serviços privados de assistência à saúde mas seus custos assistenciais estão em grande parte fora de seu controle pois são gerados nos setores prestadores como hospitais, clínicas e pelo próprio trabalho do médico assistente. Há que se considerar para efeito de comparação entre setores que a medicina não é uma ciência exata, que o médico assistente é independente e que sua ação coordena toda a alocação dos recursos do setor. Além do que os produtores dos serviços e geradores do custo não sofrem qualquer tipo de regulação de preço. Os mecanismos de regulação devem, buscar “mimetizar” um mercado concorrencial considerando as peculiaridades de cada um dos setores regulados, para evitar mais distorções.

Neste sentido, e para finalizar o argumento, acreditamos que o mercado de saúde suplementar, por suas características econômicas, não deveria se submeter à regulação de preços dos planos individuais. Mais do que isso, acreditamos que os custos provocados pela atual política não compensam os benefícios. Talvez este seja o momento apropriado para se quantificar os efeitos da atual política. Sugerimos que a ANS adote no futuro a metodologia proposta pela Organização para a Cooperação e o

Desenvolvimento Econômico (OCDE) de Análise de Impacto Regulatório a fim de verificar se no modelo adotado o benefício da proteção supera o custo.

1.2) Problemas com o método atual de reajuste - Yardstick

A despeito da questão teórica, na prática a regulação dos reajustes sofre de dois importantes equívocos de natureza metodológica. Em primeiro lugar, o reajuste dos planos individuais é baseado na evolução dos preços dos planos coletivos. Em segundo lugar, ele é linear.

Por ser baseado no reajuste dos planos coletivos, a métrica não guarda relação com os fatores determinantes dos reajustes dos planos individuais que têm sérias diferenças na composição de custos entre si. Enquanto planos individuais são mais afeitos à presença de seleção adversa, os planos coletivos possuem maior homogeneidade de riscos. Enquanto nos primeiros há pouca margem de negociação dos reajustes, nos coletivos há sempre a possibilidade de se reavaliar os parâmetros dos contratos, apenas para ficar em alguns poucos pontos de diferença.

Adicionalmente, por ser linear, o reajuste autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para os planos de saúde não garante a recomposição do equilíbrio entre receitas e despesas assistenciais para a totalidade do setor em função da elevada diversidade existente no mercado de operadoras. Um índice único para todas as operadoras do setor pode se revelar suficiente para algumas empresas mas insuficiente para outras dependendo das características de suas carteiras e da gestão do custo assistencial.

A metodologia da comparação ao invés de buscar a eficiência do mercado regulado incentivou a retração da oferta diante dos parâmetros insuficientes de reajustes autorizados. Se há eventuais ganhos de produtividade obtidos nos planos novos eles são gerados justamente para cobrir déficits existentes nos planos comercializados há mais tempo e que tiveram sua mensalidade defasada em função dos sub reajustes autorizados pela ANS.

2) Considerações sobre a Utilização da Regulação *Price-Cap* ou *Value-Cap* na Saúde Suplementar

A regulação de preços pelo price-cap, ou preço-teto, fixa o preço do produto ou serviço e determina uma fórmula para reajustes periódicos, na qual incorpora a inflação e um termo exprimindo metas plurianuais de ganho de produtividade fixadas pelo regulador (o fator X). Eventualmente tem-se um termo para incorporar choques específicos à indústria, não levados em conta pelo índice de inflação como câmbio, custo de capital e etc. Em suma, o price-cap adota a seguinte forma geral:

$$\text{Reajuste} = \text{IP} - X$$

Onde IP é um índice de inflação geral e X é o fator de produtividade. A proposta inicial da ANS é de se utilizar um modelo do tipo “Value-Cap”

$$R = I_s - X + Y, \text{ onde}$$

- R = índice de reajuste dos planos
- I_s = Índice setorial de variação de custos (preços e quantidades)
- X = fator de produtividade/eficiência
- Y = fatores exógenos (novo rol, epidemias, pandemias, etc.)

Importante ressaltar que o modelo *price cap* preconiza o ajustamento da base de remuneração do capital investido a cada revisão tarifária que ocorre ao final do ciclo regulatório, geralmente de quatro em quatro anos. Este é um conceito similar ao da revisão técnica que, embora esteja prevista na legislação do setor de saúde suplementar, não está sendo utilizada pela ANS.

Antes até de se pensar em medidas de produtividade em saúde suplementar é preciso ter claro se a transposição de modelos utilizados em outros setores é correta e desejável. Setores regulados por price-cap são bastante diferentes do nosso. Algumas perguntas carecem de respostas tais como:

- Quais seriam os problemas em se utilizar regras semelhantes?
- Qual o custo da adaptação das regras?

Talvez fosse interessante buscar uma aproximação com outros setores a fim de observar na prática como essa regulação se aplica. Fica a sugestão para que se convide representantes de outras agências para apresentar detalhes da regulação de preços. Essa nos parece ser uma discussão longa, mas necessária. Passemos a considerar a questão do fator X de produtividade e/ou eficiência.

2.1) O Fator X: Como medir eficiência em operadoras de saúde?

A busca por métricas para mensuração de eficiência é uma tendência inexorável do nosso setor. Algumas observações quanto à mensuração da eficiência de planos de saúde merecem ser consideradas tendo em vista tratar-se de um setor bastante peculiar no que tange à definição de seu produto. Abordaremos brevemente algumas dessas questões.

2.1.1) Qual o produto de uma operadora de plano de saúde?

Inicialmente, observamos que não há unanimidade teórica nem empírica quanto à fórmula de cálculo do fator X. Na realidade, depende do tipo de serviço que está sendo oferecido e regulado. Uma revisão da literatura revela que existem basicamente duas

formas de cálculo: a) uma retrospectiva baseada no cômputo da produtividade total dos fatores de produção (PTF) e/ou de índices de eficiência técnica (IET) e; b) uma prospectiva, baseada no cálculo do fluxo de caixa descontado (FCD).

No Brasil, a Agência Nacional de Telecomunicações utiliza o método da PTF para mensurar o fator X. Já a Agência Nacional de Energia Elétrica utiliza o método de fluxo de caixa descontado enquanto a ANVISA, por sua vez, utiliza um modelo alternativo onde a Secretaria de Direito Econômico (SDE) calcula por meio de regressão econométrica a produtividade setorial em função do câmbio, juros e renda. Difícil saber neste momento qual a técnica apropriada ao setor de saúde suplementar.

No entanto, um passo anterior à formulação do indicador propriamente dito consiste na definição ou na intuição do que em economia é comumente denominado de “função de produção” de uma Operadora de Plano de Saúde (OPS). Algumas perguntas devem ser respondidas antes de se avançar no método de cálculo da eficiência:

- Qual o produto oferecido por uma operadora?
- Será o financiamento dos serviços executados?
- Será a gestão de risco assistencial?
- Ou será a produção de saúde?
- Ou serão todos eles?
- Um prevalecerá sobre o outro?
- Até que ponto as operadoras tem controle sobre os médicos?

Importante ressaltar que dada a penetração do setor de operadoras nos segmentos prestadores, a ANS entendeu que parte fundamental da política regulatória era a responsabilização das operadoras pela gestão da assistência o que não significa que as operadoras controlem efetivamente os seus custos assistenciais.

A compreensão exata do que é uma OPS é o passo inicial para que se possa medir a eficiência produtiva a partir do estabelecimento de uma relação clara e quantificável entre os insumos utilizados na produção e os produtos finais gerados. Evidentemente, outras medidas de eficiência podem ser construídas para efeito de incorporação no modelo price cap. A diferença é que indicadores ad hoc estarão sendo utilizados fora de um contexto de minimização de custos e/ou maximização do produto que são os referenciais relevantes para a eficiência econômica que a literatura sugere.

2.1.2) Uma vez definido o produto, como calcular eficiência técnica?

Alguns poucos trabalhos já buscaram calcular índices de eficiência econômica em planos de saúde utilizando metodologias de programação matemática e/ou abordagens econométricas. Embora essas técnicas sejam de ampla circulação no meio acadêmico, muito comumente utilizadas nos setores de seguros, por exemplo, em saúde suplementar existe pouca literatura disponível.

Superada a dificuldade de definição do produto em saúde suplementar, há que se considerar que ele não é um produto homogêneo. Mais do que isso, o serviço não é um fim em si mesmo e a finalidade última deve ser a de indenizar o segurado e/ou melhorar o estado de saúde do beneficiário. Outras perguntas surgem naturalmente:

- Como medir a contribuição da organização (valor adicionado) na melhora da saúde?
- Como estabelecer controles para qualidade, para o ambiente e para os fatores de riscos dos indivíduos?

Na prática, diversas são as medidas de eficiência utilizadas. Por exemplo, em estudos que comparam eficiência do gasto em saúde entre países, geralmente se adota, como medidas de produtos, indicadores como a expectativa de vida ao nascer, a taxa de mortalidade, taxa de mortalidade infantil, dentre outros e utilizam-se como insumos gastos em saúde, em saneamento etc. Desta forma, é possível se fazer comparações entre níveis de eficiência dos países.

Nos estudos hospitalares utilizam-se como medidas de produto o número de internações ou de visitas médicas, dentre outros, e como medidas de insumos o número de médicos, enfermeiros, equipamentos etc. Assim é possível se estabelecer a fronteira de eficiência do mercado e a partir dela os índices de eficiência relativa para cada um dos hospitais.

Qualquer medida proposta para plano de saúde deve primeiramente esclarecer o conceito da função de produção. Evidentemente tal definição estimula a controvérsia em torno do que de fato é um plano de saúde e o que ele deveria ser. Importante ressaltar que uma medida de eficiência técnica é sempre uma medida de eficiência relativa. Outros pontos importantes aparecem:

- A eficiência de uma operadora deve ser comparada com quem?
- Com seus pares?
- Com seus concorrentes?
- Como estabelecer tal pareamento?
- Que critérios utilizar para agrupar operadoras pelo serviço prestado?
- Devemos separar as seguradoras e as operadoras que trabalham com rede credenciada das operadoras verticalizadas?
- Temos que ter um índice de verticalização para separar as empresas?

Uma idéia bastante recorrente seria estabelecer mercados segmentados e então implementar os cálculos de forma separada. As seguradoras seriam comparadas entre si para efeito do índice de eficiência. Da mesma forma as medicinas de grupo, as odontologias de grupo e assim por diante. Este seria um critério. Outros critérios podem ser utilizados, por exemplo, como a regionalização. As empresas do sudeste seriam comparadas entre si, da mesma forma as empresas do nordeste e assim por diante.

Sabemos que os custos crescem de forma diferente dependendo de diversos fatores, entre os quais: a) modalidade da operadora; b) região geográfica; c) das características dos produtos tais como abrangência, rede, coberturas, níveis de reembolso e etc. Se formos incorporar todos esses critérios de análise para efeito de reajuste de preços, precisaríamos trabalhar num modelo com muitas dimensões e o custo regulatório para o controle de todas essas informações poderia ser muito elevado sem falar no risco de se introduzir alguns desses fatores e deixar de levar em consideração outros mais relevantes.

Tal preocupação tem sua razão de ser. É sabido que os reajustes dos planos individuais dos últimos anos prejudicaram algumas operadoras mas beneficiaram outras. As prejudicadas certamente apresentaram uma evolução de custos que superou o reajuste autorizado e o contrário ocorrendo com as que se beneficiaram.

A incorporação tecnológica é principal motor da evolução dos custos e afeta todos os segmentos de prestadores de serviço, desde hospitais até consultórios. Adicionalmente, há uma idéia de que a incorporação ocorre apenas nos hospitais de ponta, mas na verdade, tem impacto também em outros hospitais, mesmo que em momento posterior. Importante mencionar que não temos uma função de produção estável e a incorporação tecnológica não é definida pelas operadoras, nem integralmente pelo regulador. Logo, modelos muito padronizados podem não captar as distorções inter-operadoras, inter-regiões.

Diante da complexidade da mensuração de eficiência em saúde suplementar, nossa sugestão é que seja ampliado o número de reuniões da câmara técnica.

2.2) Dificuldade de se ter um índice de preços setorial

Um último ponto a ser melhor compreendido no modelo é o índice setorial. Não há índice de preços oficial que reflita a variação de custos do setor. O IPCA, bem como qualquer índice de preços ao consumidor não reflete a variação de custos observada nas empresas.

Com relação ao sistema RPC como sendo a base para o cálculo do indicador é importante observar que este índice já reflete uma variação inferior à variação de custos, pois é reduzida, fruto das negociações com as PJ's. Eventual utilização desta base deveria corrigir a diferença entre a freqüência observada no plano coletivo e no individual, já que o SIP tem evidenciado evolução diferente da freqüência destas duas carteiras.

Por outro lado, a apuração da variação de custos médico-hospitalares (VCMH) com base no DIOPS necessitaria de complementação com informações do SIB/SIP (beneficiários). Vale ressaltar a dificuldade na apuração da VCMH da carteira como um todo, sendo necessária a segmentação por tipo de plano, pois no caso de se verificar

tendência na venda de produtos com tíquete médio mais baixo.o resultado se mostrará distorcido.

Vemos positivamente a proposta de criação de índice setorial do mercado de saúde suplementar mas há que se discutir com maior grau de detalhamento as suas condições, definições, bases de dados e o responsável pela elaboração e divulgação do índice.

Por fim, a utilização de planilhas de custos para fins de regulação talvez não seja viável pelo grande número de empresas no setor mas não seria possível o agrupamento de algumas poucas amostras de empresas de referência? Este mecanismo não poderia ser utilizado para o reajuste dos custos não gerenciáveis?

3) Conclusões

São duas as principais conclusões deste documento:

1) A Fenasaúde é contrária á imposição de política de controle de reajuste dos planos individuais por entender que a melhor forma de se proteger os consumidores atuais e os consumidores do futuro é incentivando a concorrência e o desenvolvimento do mercado. Entendemos que uma política de desregulamentação de preços pode ensejar a competição e trazer de volta investimentos para o mercado de planos individuais.

2) Não obstante ser contrária à regulação de preços, a Fenasaúde apóia a continuidade da discussão sobre novos modelos de reajustes desde que estes contemplem endogenamente o processo de revisão técnica ao longo do período, que os mecanismos de estímulos se dêem sobre custos gerenciáveis e que os custos não gerenciáveis sejam factíveis de repasse integral.

Dado o caráter inovador da proposta em discussão onde muitos conceitos e aplicações carecem de maior discussão e debate com vistas à fundamentação, especialização e análise, sugerimos que a ANS considere a possibilidade de ampliar o número de reuniões da câmara técnica em um número necessário para se debater propostas como: a) fundamentos econômicos da regulação de preços; b) modelos de regulação de preços vigentes no Brasil; c) formulação de um índice de preços setorial; b) construção de indicadores de eficiência de planos de saúde, dentre outros que se entenda necessário para a formatação de uma nova metodologia de reajustes.

Solicitamos, ainda, que essa Agência considere o Parecer Técnico do Dr. Edgard Pereira, especialista em regulação, que será entregue no dia 05/08/2010 e que entendemos será de enorme contribuição para a discussão do novo modelo regulatório.

Pleiteamos ainda que, se a Agência entender adequado, que o referido especialista faça apresentação oral de seu parecer na reunião do dia 10/08/2010.

Por fim, apenas reforçamos nossas sugestões complementares para:

- 1) Utilização da Metodologia de Análise de Impacto Regulatório para avaliação do efeito da política de reajuste adotada;
- 2) Convite a alguns representantes de outras agências para apresentar detalhes da regulação de preços.

Agradecemos a oportunidade de expressar nossos posicionamentos e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

Solange Beatriz Palheiro Mendes
Diretora Executiva

Anexo:1/16