

FenaSaúde

Parecer técnico sobre a
metodologia de reajuste de
planos de saúde individuais no
Brasil

(conforme proposta da Câmara Técnica –
ANS)

Julho de 2010

Laís Perazo

Índice

I – Introdução e objetivos	1
II – Histórico	2
III – Modelos de regulação de preços.....	7
IV – O modelo proposto pela ANS (falta escrever)	10
V – Considerações finais	13

I – Introdução e objetivos

Os planos de saúde no Brasil têm seus índices de reajuste para planos individuais sujeitos à aprovação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – a ANS. Essa prática, que vigora desde a Lei 9.656 de 1998, tem imposto ao mercado das operadoras a adoção de um índice setorial, uma vez que a ANS, independentemente dos estudos técnicos elaborados pelas empresas, optou pela utilização de um índice único para o setor. Esse índice atualmente é calculado através de metodologia denominada *Yardstick*, onde o *benchmark* para fins de comparação são os planos coletivos. Tal abordagem tem sido inúmeras vezes contestada pelo mercado, que nunca concordou com uma metodologia que não levasse em conta as especificidades de cada operadora, bem como da carteira de planos individuais, como a antisseletividade deste grupo, por exemplo. Adicionalmente, os valores desses índices historicamente têm sido inferiores àqueles levantados pelos estudos de variação de custos médicos e hospitalares do setor, o que pode ser verificado nos estudos anuais realizados por esta consultoria para o IESS (Instituto de Estudos em Saúde Suplementar). Este fato associado à imposição das regras tarifárias e de aceitação de riscos nos leva a concluir que o mercado, sem a possibilidade de revisão de seus preços dentro da boa prática atuarial, poderia ter sua solvência comprometida no longo prazo.

A ANS, cumprindo seu papel regulador e visando garantir as boas práticas de gestão, abriu a discussão do tema e propôs uma Câmara Técnica (CT) que pudesse debater sobre a metodologia ideal para o cálculo deste importante índice. O modelo proposto é do chamado “*price cap*”, um mecanismo que consiste basicamente em uma regra que define um teto de reajuste, estabelecendo as condições sob as quais o reajuste dos preços deve ser realizado periodicamente, dando ao governo a condição de exercer o controle dos mesmos. Este método se contrapõe aos métodos baseados em planilhas de custo, como o conhecido *ROR (rate of return)*, pois teria a vantagem de exercer um papel diferenciado na geração de incentivos de economia de custos e melhoria na eficiência.

A FenaSaúde, representante institucional das maiores operadoras do mercado brasileiro, participa da referida CT e pretende levar uma proposta que contemple as necessidades de suas associadas e, ao mesmo tempo, busque a eficiência do mercado.

Este estudo técnico visa subsidiar a FenaSaúde nesta participação, faz um retrospecto do modelo de reajuste aplicado até hoje no Brasil, analisa os desafios deste setor, em particular na definição de um modelo ideal de regulação de preços para a saúde suplementar e propõe algumas sugestões para apreciação da ANS.

II – Histórico

Desde a estabilização da moeda propiciada pelo Plano Real, o reajuste anual das mensalidades dos planos e seguros de saúde individuais (contratados por pessoas físicas) depende de autorização do Governo. Até 1999, os reajustes dos seguros saúde, foram autorizados pela Superintendência de Seguros Privados, a SUSEP e, a partir de então, pela ANS. Com a criação da ANS em janeiro de 2000, o controle dos reajustes anuais foi estendido às demais operadoras não seguradoras (Lei 9.961/00, inciso XVII).

Planos e seguros de saúde coletivos (contratados por pessoa jurídica) têm reajustes livres, prevalecendo a livre negociação entre as partes, o que inclui, além da negociação do percentual de aumento, eventuais alterações de desenho de plano contratado pelas empresas, caso isso seja por ela solicitado.

Atualmente a ANS fixa, a cada ano, o índice único de reajuste máximo para ser praticado por todas as operadoras, aplicado aos planos e seguros de saúde contratados individualmente. A metodologia utilizada é feita com base nos reajustes concedidos aos contratos coletivos. O modelo atual, denominado de *yardstick competition* (padrão de medida de concorrência), é caracterizado pela criação de uma medida de comparação, no caso, os reajustes dos planos coletivos. Assim, o índice médio aplicado às empresas (planos coletivos empresariais) seria a referência para os planos individuais. Esse método é visto pela ANS como o mais adequado para supostamente beneficiar o consumidor individual, pois considera que o poder de negociação das empresas que contrataram planos de saúde para os seus colaboradores, que resulta em um índice negociado, indiretamente resultaria em incentivo ao mercado para a busca de ganhos de produtividade. A metodologia do *yardstick*, conceitualmente aplicável, não nos parece cabível aqui em função da natureza absolutamente distinta dos contratos coletivos e individuais, bem como das respectivas populações assistidas o que resulta em diferentes estruturas de evolução dos custos observados nos dois casos. Adicione-se ainda o fato de que ela não leva em conta as peculiaridades de cada segmento de operadoras e dos diferentes fatores que afetam a estrutura de custos destas, como o perfil demográfico, os padrões de planos, a regionalização, dentre outros.

Apesar de instigante, a idéia de utilizar o “poder de barganha” de grandes e médios compradores de serviços para balizar o reajuste dos planos de saúde contratados pelos indivíduos revela-se inconsistente em sua premissa básica ao deixar de considerar, entre outros aspectos, a revisão da estrutura dos planos coletivos, que geralmente ocorre por oportunidade do anúncio dos reajustes necessários para o equilíbrio econômico-

financeiro do contrato. Concretamente, um reajuste necessário pode ser reduzido pela introdução de contribuição financeira do empregado, pelo ajuste da rede de prestadores de serviços médico-hospitalares, entre outras medidas para ajustar os custos dos planos aos orçamentos das empresas contratantes. Fato este que não será possível na relação contratual entre operadora e usuário no caso dos planos individuais.

Para melhor visualização do efeito descrito acima, destacamos na tabela II.1 as razões pelas quais as empresas alteram o desenho dos seus planos de saúde, extraídas da 27ª pesquisa de benefícios realizada por esta consultoria junto aos empregadores. A maior preocupação das empresas com relação ao benefício saúde é o custo:

Tabela II.1 – Principais objetivos das empresas que alteraram o desenho de seus planos de saúde, no Brasil.

Principais objetivos	% Total
■ Reajuste de preços	50%
■ Redução de custo	25%
■ Ampliação dos benefícios	23%
■ Mudança na forma de custeio	21%
■ Adequação à Lei nº 9.656/98	18%
■ Mudança no contrato	16%
■ Mudança do tipo de operadora	15%
■ Mudança no sistema de reembolso	6%
■ Mudança no regime de financiamento	2%

Segundo nossa experiência em consultoria para empregadores, o maior desafio para as empresas é a gestão do risco de um benefício que, se por um lado é cada vez mais valorizado pelo funcionário, por outro apresenta um crescimento de custos maior do que as empresas têm a capacidade de absorver.

Em resposta, várias providências têm sido tomadas pelas empresas para reduzir ou controlar o crescimento dos custos com saúde, tais como:

- Aumento na participação do funcionário no custo do plano/seguro saúde, seja através de contribuição fixa ou variável.
- Revisão da política de benefício para aposentados, agregados e seus dependentes

- Restrição de acesso: mudança para planos com rede credenciada mais restrita ou operadora com maior gerenciamento de acesso aos recursos da rede credenciada
- Propensão a maior controle dos recursos destinados ao custeio destes benefícios

Mesmo considerando os mecanismos acima mencionados como alternativas utilizadas pelas empresas para reduzir o impacto dos aumentos dos custos com o benefício saúde, ainda assim o impacto desses aumentos para os empregadores é significativo. O quadro abaixo demonstra o histórico dos aumentos em nove anos, segundo nossa pesquisa de benefícios e índices de inflação.

Tabela II.2 – Comparativo do aumento médio de planos de saúde para as empresas

Índice	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Acumulado	Média Anual	
											%	Aumento real
Pesquisa de benefícios da Towers Perrin	9.89%	12.42%	13.80%	11.79%	12.78%	12.80%	10.22%	8.93%	9.78%	163.52%	11.37%	-
INPC	5.27%	9.44%	14.74%	10.38%	6.13%	5.05%	2.81%	5.16%	6.48%	87.29%	7.22%	3.87%
IPCA	5.97%	7.67%	12.53%	9.30%	7.60%	5.69%	3.14%	4.46%	5.90%	82.11%	6.89%	4.19%

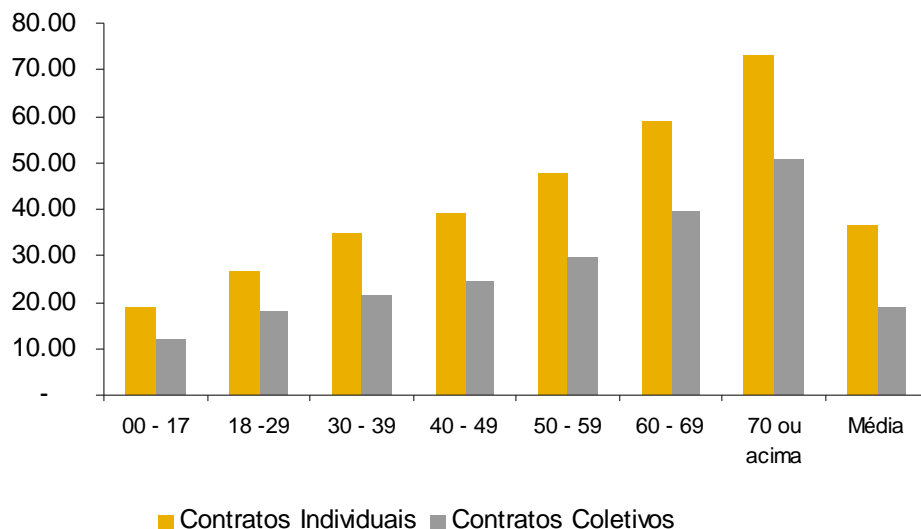
Cabe, então, elencar dois importantes fatores que marcam as diferenças substanciais entre planos coletivos e individuais:

1. A já mencionada capacidade de as empresas adequarem os desenhos de seus benefícios às suas necessidades orçamentárias.
2. A antisseletividade dos planos e seguros saúde individuais.

Obs.: Antisseletividade é a condição que predispõe as pessoas em condição de maior risco a aderir em maior grau aos planos e seguros saúde.

Esses dois fatores – o controle da empresa empregadora sobre o desenho do benefício e a antisseleção – explicam, por exemplo, as diferenças nos perfis de utilização desses dois segmentos. Vejamos o quadro a seguir, que compara as frequências de utilização de carteiras de planos e seguros saúde individuais e coletivos:

Gráfico II.1 – Comparativo da frequência de utilização usuário/ano por faixa etária de planos individuais e coletivos



Fonte: Banco de dados Towers Watson

Notas:

- 1- A frequência de utilização é a razão entre a quantidade de eventos realizados e a quantidade de usuários expostos no período de um ano.
- 2- A análise refere-se a planos coletivos e individuais com as mesmas características de desenho, com cerca de 500 mil vidas.

Por outro lado, se compararmos os índices gerados pela metodologia atual com as necessidades das operadoras, demonstradas aqui através do índice de “variação dos custos médicos e hospitalares” gerado periodicamente pela Towers Watson para o Instituto de Estudos em Saúde Suplementar (IESS), iremos observar mais uma inconsistência do modelo atualmente praticado, já que estes valores são sistematicamente inferiores ao verificado pelo estudo.

Por tudo que foi exposto, a utilização da experiência exclusiva da carteira de planos e seguros saúde coletivos como base para o reajuste dos planos e seguros saúde individuais não nos parece aplicável, podendo ter consequências danosas ao mercado e ao consumidor, conforme veremos a seguir.

Um dos exemplos dos resultados que não beneficiaram consumidores pode ser verificado pelo fato de que o modelo de controle de preços exercido pela ANS, com a conseqüente deterioração do índice de sinistralidade, significou forte fator de desestímulo à operação de planos individuais no Brasil.

Adicione-se aí o estabelecimento das regras que impedem os reajustes para pessoas com 60 anos ou mais vinculado à fixação do limite de 6 vezes entre a primeira e a última faixas (subsídio intergeracional) que simplesmente agravou os preços dos planos e seguros de saúde nesta faixa etária e o tornou o plano menos acessível à população que se almejava proteger.

Em síntese, a política de reajuste atual não é adequada pelos motivos expostos. Entre seus efeitos colaterais indesejáveis estão o desestímulo ao mercado de participar deste segmento, o controle excessivo por parte de algumas empresas para a manutenção de seu equilíbrio financeiro e a falta de inovação. Adicionalmente ela não é vista de forma global, desconsidera especificidades do setor e não possibilita uma revisão técnica adequada, que poderia suavizar efeitos adversos da regulação e beneficiar os usuários. Independentemente da metodologia, é importante observar que as ações que visem a proteção dos consumidores devem obrigatoriamente incluir aspectos técnicos que envolvam a solvência do mercado. E esse conceito é urgente e necessário para garantir o equilíbrio de longo prazo do setor e a segurança dos usuários de planos e seguros de saúde.

III – Modelos de regulação de preços

Basicamente existem 2 grandes conceitos para os modelos de regulação, que chamaremos genericamente de “custos” e “incentivos”. Em ambos os casos, os modelos de regulação de preços na literatura econômica são sempre discutidos em mercados concentrados ou monopolizados, onde há restrição da livre concorrência, que é a verdadeira defensora dos consumidores e a melhor arma no incentivo à maior eficiência e eficácia das empresas em geral.

No conceito de regulação por custos estão os modelos conhecidos como Rate of Return (ROR) ou Cost of Service e suas variantes, onde uma taxa de retorno fixa é definida pelo regulador e o repasse dos custos é feito ao consumidor mediante avaliação das planilhas de custos das empresas.

Em contraposição ao modelo de custos, existem os chamados regimes de regulação “incentivados”, com ênfase nas questões de eficiência, fator de diferenciação, onde os ganhos de produtividade são considerados na busca de maior proteção ao consumidor. Os modelos deste regime são:

- **Price cap** (regulação pelo preço máximo): $IPC - X + Y$ (proposto pela ANS)
 - Tem como base um indicador setorial, sobre o qual se aplicam fatores de produtividade como redutores
 - Através do fator X, essa metodologia incorpora conceitos de ganho de produtividade em metas a serem fixadas pelo regulador
 - Possui mecanismo para inclusão de fatores externos (fator Y)
 - Pressupõe revisões periódicas em função da dinâmica de cada setor para adequação da fórmula, bem como da definição do conteúdo dos índices apurados
 - Utilizado pela Anatel, Aneel e Anvisa

O fator de produtividade depende muito do mercado que está sendo regulado, mas duas formas básicas são descritas na literatura: uma medida retrospectiva da produtividade total dos fatores de produção (PTF) e/ou índices de eficiência técnica (IET) e uma medida prospectiva baseada no fluxo de caixa descontado (FCD)

■ **Yardstick** (regulação por padrão de comparação): modelo utilizado atualmente pela ANS

- Também chamada de competição por padrões, uma vez que se baseia na comparação com “empresas mais eficientes” como base para a fixação dos preços.
- Seu objetivo é o de reduzir o risco moral e a seleção adversa
- Tem custo de regulação baixo, uma vez que a informação base para a fixação das metas é fornecida pelo próprio mercado regulado
- Este esquema pressupõe que as estruturas de custos sejam comparáveis

Obs.: Aqui reside a base da crítica do modelo uma vez que as estruturas de custos dos diversos tipos de operadoras são diferentes, assim como existem especificidades nas carteiras de planos individuais (como a antisseletividade e as regras de tarifação e reajustes) que não se aplicam às carteiras de planos coletivos (usadas como padrão de comparação)

Em qualquer modelo de regulação existem fontes de distorções, a saber:

- Assimetria de informação entre regulador e mercado regulado
- Mudanças tecnológicas (neste caso a regulação por custo pode ser mais vantajosa)
- Eventos imprevisíveis (“contratos incompletos”) – proporcional ao tempo de duração
- Oportunismo (entre as partes)
- Restrições institucionais – ex. alternância de mandatos
- Legislação
- Contexto político

E mecanismos para o gerenciamento ou a redução destes riscos, como:

- Audiências públicas: busca resolver conflitos numa forma transparente de representação
- Revisão periódica do modelo
- Regulação com incentivos
- Desregulação parcial

- Autonomia do órgão regulador
- Confiança, compromisso, consistência e credibilidade

À medida que as experiências se acumulam nos dois conceitos (custo e incentivos) torna-se claro que não existe um conceito superior ao outro, mas diferentes aplicações para os dois conceitos. Mais amplamente, cumpre entender o mercado em questão, suas especificidades e dinâmica, para analisar a metodologia aplicável, incluindo aqui a ausência da regulação direta com estímulo à livre concorrência, para se concluir qual seria a “fórmula” mais benéfica para a sociedade.

IV – O modelo proposto pela ANS (falta escrever)

A ANS propões um novo modelo para a regulamentação dos reajuste dos planos individuais. Como premissas estabelece que ele deve:

- Estimular a eficiência
- Contemplar elementos de diferenciação
- Estimular a competição
- Incorporar efeitos exógenos
- Preservar o equilíbrio econômico-financeiro

O modelo almejado é o chamado *value cap*, uma variante do modelo *price cap*, apenas em função de ser um indicador de valor. O modelo está resumido abaixo:

$$R = Is - X + Y$$

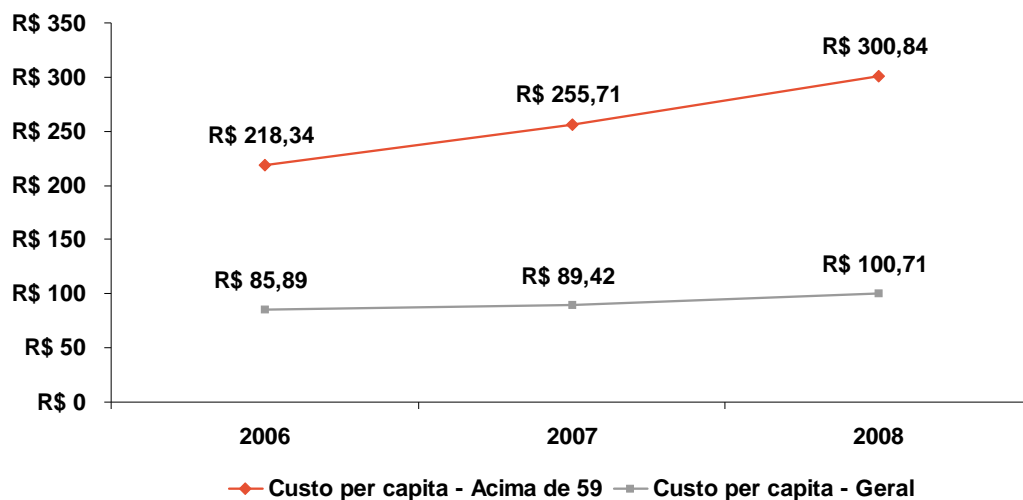
- R = índice de reajuste dos planos
- I = índice setorial de variação dos custos (planos coletivos? DIOPS? Outro?)
- X = fator de produtividade
- Y = fatores exógenos (novo rol, epidemias, etc)

Problemas com a metodologia apresentada:

Sobre o fator “I”:

- Índices de inflação geral de preços não refletem a realidade do setor (o mesmo vale para o componente “saúde” destes índices)
- A criação de um índice pela metodologia tradicional de coleta de preços encontra barreiras diversas, em função de especificidades do setor
 - Custos unitários X custos de procedimentos
 - A quantidade de procedimentos X custos

- A incorporação de novas tecnologias
- O conceito de “benefício definido”
- Não existe um indicador setorial que reflita os aumentos de custos com despesas médicas em planos de saúde no Brasil
 - O indicador “I” deve ser criado
 - Os produtos são diferenciados, e, portanto, o mercado não é homogêneo, como seria necessário para aplicação do modelo em questão
 - Em função desta diferenciação, muitas variáveis que afetam o indicador: padrão do plano, faixa etária, região, etc. Vide exemplo abaixo:



- Não obstante, é importante mensurar de forma objetiva a variação dos custos médicos ao longo do tempo. O mercado precisa construir este indicador e este momento é propício para esta iniciativa

Sobre o fator “X”

- O conceito de eficiência no setor de saúde é complexo e de difícil mensuração
 - O conceito de produtividade tradicional (quantidade produzida) pode ser o oposto de qualidade e eficiência

- A relação entre indicadores e qualidade não é clara
- A busca de um conceito de eficiência, assim como o conceito de qualidade, tem sido um desafio enfrentado pelo setor, mas ainda não tem resposta consolidada
 - Solvência?
 - Qualidade assistencial?
 - Tamanho?
 - Tempo de experiência?
 - Satisfação de usuários?
 - Saúde?
- Caso os indicadores “I” e “X” não sejam satisfatoriamente elaborados, corre-se o risco de prejuízo da qualidade
- Ainda que resolvidas as questões de determinação de I, X e Y, o índice de reajuste gerado seria uma “média” do mercado, podendo ainda ficar distante do necessário para algumas operadoras e acima para outras, dependendo das especificidades de cada operadora.
- Ao final, uma variável (Z?) que levasse em conta cada operadora e a avaliação de seu equilíbrio técnico atuarial, projetando suas receitas e despesas futuras, ainda seria necessário, como forma segura de garantir que o percentual de reajuste aplicado fosse um valor suficiente para que a operadora pudesse honrar compromissos assumidos com seus usuários. Esta revisão técnica, que leva em conta empresas específicas, além de estar prevista na própria Lei dos planos de saúde, não seria exclusividade do setor, uma vez que o setor elétrico também prevê esta possibilidade.
- Existem alguns fatores que complicam ainda mais a aplicação do conceito da regulação de preços no setor de saúde, como, por exemplo, o fato da relação entre o serviço e o consumidor não ser direta. Neste sentido, a cadeia produtiva de serviços (os prestadores de serviços médicos), responsáveis, em grande parte pela definição dos custos finais, não estão sendo regulados e definem a parte que seria “não gerenciável” destes custos.

V – Considerações finais

Em primeiro lugar lembramos que a iniciativa de revisão da política de reajuste é bem-vinda e necessária, em função dos problemas exaustivamente relatados com a metodologia atual. O crescimento dos custos com procedimentos médicos e hospitalares tem sido relatado em todo o mundo como um dos principais desafios deste século. A evolução da tecnologia médica, apontada como um dos principais ganhos da humanidade nos últimos anos, responsável pelo aumento da expectativa de vida das pessoas, corre o risco de não ser sustentável se o seu custo não for bem gerenciado e não se acompanhar das mesmas taxas de crescimento das economias.

No caso dos planos de saúde, a variação destes custos está associada a diferentes fatores, como o perfil etário da população assistida, a sua distribuição geográfica, o padrão do plano, entre outras. Um índice único para balizar o reajuste das contraprestações pecuniárias do setor não reflete em absoluto as condições específicas e peculiares de cada um dos segmentos e, dentro deles, a variedade das operadoras, gerando injustiças para ambos os lados deste contrato.

A falta de uma política de reajustes adequada para o setor de saúde suplementar tem causado efeitos adversos importantes. Ao invés de estimular a entrada, a regulação atual estimula a saída, que pode ocorrer voluntariamente ou por desequilíbrio financeiro. Adicionalmente ela não é vista de forma global, desconsidera especificidades do setor e não possibilita uma revisão técnica adequada que poderia suavizar efeitos adversos da regulação e beneficiar os usuários. Independentemente da metodologia, é importante observar que as ações que visem a proteção dos consumidores devem obrigatoriamente incluir aspectos técnicos que envolvam a solvência do mercado

Se é fato comprovado que os custos da medicina crescem a taxas superiores às observadas em outros produtos e serviços, no Brasil e no mundo, o modelo de reajuste ideal deve equilibrar os mecanismos de incentivo a ganhos de produtividade e eficiência com as variáveis que impactam solvência do setor, partindo de índice de referência que espelhe adequadamente o crescimento dos custos assistenciais.

Finalizando, não nos parece coerente uma política de controle de preços, num mercado que se apresenta competitivo, com poucas barreiras de entrada e agora com regras de portabilidade de carências. Se, como estabelece a própria ANS, os objetivos são: estimular a eficiência, contemplar elementos de diferenciação,

estimular a competição, incorporar efeitos exógenos e preservar o equilíbrio econômico-financeiro, o único caminho possível seria um modelo de aprovação de reajuste que levasse em conta as especificidades de cada tipo de operadora, com austeridade nos conceitos de governança, juntamente com práticas de aferição e controle de qualidade objetivas, mensuráveis e efetivas. Dessa forma a competição saudável seria a garantia para o consumidor e provavelmente encorajaria mais o mercado a participar do segmento dos planos individuais.

Não obstante, como já existe em outros setores, uma política mista pode ser pensada, utilizando-se dos conceitos do *price cap* no percentual da despesa não atrelada à variação dos custos médicos – como as despesas administrativas, por exemplo, que são despesas gerenciáveis, de estrutura mais bem definida, onde o ganho de produtividade pode – e deve – ser revertido em benefício dos usuários.

Concluimos com a reflexão de que a tão desejada defesa do consumidor precisa seriamente levar em conta as questões técnicas, de discussão difícil e politicamente indigestas, relacionada à solvência e ao equilíbrio de longo prazo. Sem o que corremos o risco de estarmos construindo um “castelo de areia” que não suportará nossos maiores desafios do futuro, que são a combinação da longevidade com o aumento dos custos médicos. Um sistema justo, que considere também essas questões e que esteja disposto a enfrentar seus grandes desafios, pode e precisa ser construído para benefício de toda a sociedade.

Towers Watson Consultoria Ltda.

Rio de Janeiro, 2 de agosto de 2010

Lais Perazo Nunes de Carvalho
Consultora