

**Evento abordou a regulação dos planos individuais e a implementação do preço-teto para a formatação do reajuste**

A FenaSaúde reuniu, hoje, 26 de janeiro, especialistas em Saúde Suplementar que debateram a política de reajuste de preços dos planos de saúde individuais no 2º Workshop de Análise de Impacto Regulatório. O evento foi dividido em dois painéis que apresentaram os 'Fundamentos e efeitos do controle de reajustes dos planos individuais' e as 'Alternativas e propostas para um novo modelo de reajuste'. Após as palestras ministradas por acadêmicos e estudiosos do setor, aconteceu um debate entre representantes da ANS, do Ministério da Fazenda e das operadoras. O assunto sobre a elevação dos custos e dificuldades em manter os planos individuais permearam todas as apresentações.



*Da esquerda para a direita: os professores da USP João Vinícius de França Carvalho e Ana Carolina Maia; o especialista em regulação da ANS João Boaventura Branco de Matos; o professor de economia da PUC Luiz Roberto Cunha; o assessor Especial do MF João Manoel Pinho Neto; o professor da FGV Carlos Ragazzo, e a superintendente Regulatório de Saúde da SulAmérica, Mônica Nigri*

O primeiro painel contou com a moderação do professor de economia e decano do Centro de Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Luiz Roberto Cunha. A palestrante Ana Carolina Maia, professora doutora na Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo (FEA/USP), afirmou que o reajuste único para todos os contratos, sem especificidade do plano, região ou faixa etária, é um equívoco. “Há uma deterioração das carteiras, o que inviabiliza a formação de novos grupos, fazendo que as taxas de cancelamento no Brasil cheguem a 28% de segurados de menor risco. Este percentual representa os mais jovens que normalmente deixam os planos em momentos de dificuldades financeiras”, explicou a acadêmica, que também abordou a anti-seleção nos planos individuais e as soluções regulatórias técnicas para dar equilíbrio ao produto.

O professor na Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo (FEA/USP), João Vinícius de França Carvalho, complementou a apresentação sobre os planos de saúde individual, apresentando um estudo preliminar realizado sobre o subsídio entre planos das operadoras, ou seja, os planos coletivos acabam subsidiando parte dos planos individuais para dar solvência para algumas carteiras. O que foi confirmado pela superintendente Regulatório de Saúde da SulAmérica, Mônica Nigri, que reforçou que os custos são impactados também com o

envelhecimento da população, a judicialização que acaba impondo o pagamento de serviços não previstos, além da incorporação de tecnologia. “É de se esperar que a ANS tenha dificuldade em ter uma base de dados consistente de variação dos custos das operadoras menores. Se fizermos cortes por tamanho da carteira de operadoras maiores e um modelo para as operadoras com menos vidas teriam casos analisados individualmente”, esclareceu a executiva, que registrou a dificuldade de precificar diante de tantas variáveis incontrolláveis.

Na concepção de João Boaventura Branco de Matos, especialista em Regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o reajuste de preços é apenas uma parte das dificuldades dos planos individuais, que não pode estar desconectado do cenário geral da saúde no Brasil. “Temos problemas em contratos com poucas pessoas e a visão de curto prazo de adesão ao sistema. Há necessidade de combate às causas de reajustes elevados, como o modelo de pagamento utilizado, hoje é o pagamento por serviço (fee for service), além de controlar o aumento de valores de serviços e a incorporação da tecnologia. Mas são diversos outros fatores que impactam no reajuste. Hoje está havendo uma “despooltização” (redução para carteiras menores) no setor. Queremos reverter este quadro. O atual modelo para os aumentos dos planos de saúde individuais precisa de ser mais transparente para que todos os agentes do mercado participem. Temos que garantir a solvência dos planos, assim como os desempenhos das operadoras. Para isso, precisamos de uma participação maior tanto dos agentes como da sociedade. Este debate é um exemplo do que se deve acontecer para melhorar o setor”, afirmou Matos.

Carlos Ragazzo, professor na Fundação Getúlio Vargas (FGV), não acredita em uma solução de curto prazo para o crescimento dos planos de saúde individual e redução de custos. “O custo da saúde é baseado em três bases como custo regulatório, o custo judicial e o custo de produção. Há um movimento em todas as agências de criar as regras. O desafio da ANS é reduzir todos estes custos para diminuir o reajuste. Não há uma solução de curto prazo”, explicou.

O representante do Ministério da Fazenda, João Manoel Pinho Neto, chefe da assessoria Especial de Reformas Microeconômicas da entidade, acredita que setor precisa avaliar o desempenho da regulamentação de preços. “Se diminuiu a atratividade do mercado, devem ser analisadas as falhas e fazer uma comparação com outros mercados. É importante a intervenção nos preços, mas é necessário olhar o desempenho. Há necessidade também de controlar custo e promover a produtividade”, sugeriu.

### **Novo modelo de reajuste**

Já o segundo painel sobre um novo modelo de reajuste, o debate ficou em torno da utilização do preço-teto (price cap) para os reajustes dos planos individuais, separando entre custos gerenciáveis e não gerenciáveis.

Segundo Edgard Pereira, professor do Departamento de Economia, do Instituto de Economia, da Universidade de Campinas (Unicamp), o modelo de reajuste atual desagrada a todos os envolvidos porque não cobre os custos das operadoras e afastam os segurados. “Há uma deterioração e desinteresse das operadoras em comercializar os planos de saúde individuais. Há necessidade em efetivar uma política de ganhos em escala e utilizar o price cap (preço-teto) para que se dê maior abrangência aos planos de saúde individuais”, afirmou o professor em sua palestra.

Porém a utilização do price cap foi questionada porque tem como base dois custos – os gerenciáveis pelas operadoras e os que não há gestão, como custo da assistência médica, judicialização e utilização dos serviços. Para Armando Castelar Pinheiro, professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Fundação Getúlio Vargas (FGV-Rio), o price cap transfere parte da produtividade para o beneficiário porque este compõe a maior parte do custo não gerenciável. “Os reajustes dos planos estão acima da inflação e dos rendimentos, o que acontecerá é que as pessoas sairão dos planos. Reduzindo o setor. As causas dos custos elevados estão nos custos não gerenciáveis. Há necessidade de analisar melhor os impactos desta proposta”, sugeriu o professor.

Daniele Rodrigues Campos, gerente econômico-financeira e atuarial dos produtos da Diretoria de

Produtos da ANS afirmou que a boa notícia é que a discussão das metodologias de reajuste individual está mais madura. “Temos estudos que comprovam que a ANS não cometeu, ao longo dos últimos anos, injustiças. A variação de custo médico hospitalar está sempre muito próxima ao reajuste anual, porém admito que não separamos os custos dos planos individuais dos coletivos, que foi um erro. Mas iniciamos uma discussão de proposta que envolve desde o reajuste individual, coletivo e precificação. Estamos em busca de evoluir para um modelo considerando a faixa etária e o fator de produtividade”, esclareceu a representante da ANS.

Para as operadoras não há mais interesse em oferecer o plano individual porque o ambiente econômico não incentiva este produto. “Há uma dificuldade em formatar preço. Não podemos negar entrada de beneficiários. Temos dificuldade em controlar os custos não gerenciáveis, como incorporação de tecnologias sem comprovação, além de uma incapacidade de cancelar contratos deficitários. Ainda não temos a capacidade de reajustar os valores diante dos custos. O que faz as operadoras perderem o interesse em oferecer este plano, apesar de ser um produto de desejo da sociedade”, afirmou Flávio Bitter, diretor técnico e de produtos da Bradesco Saúde.

O moderador do debate, José Cechin, diretor-executivo da FenaSaúde, lembrou que os custos gerenciáveis chegam a cerca de 15% do total. “Há uma necessidade de exigir dos operadores um gerenciamento de seus custos, mas a grande parte está no que não é gerenciável. Sem dúvidas, precisamos aperfeiçoar o modelo de reajuste, mas também temos que avaliar os fatores que impulsionam a elevação dos custos. Esta é uma discussão fundamental! O debate tem que continuar”, afirmou Cechin, que já anunciou o 3º workshop da FenaSaúde, que acontecerá em 28 de junho deste ano.

[Confira a apresentação do economista da FGV, Armando Castelar Pinheiro](#)

[Confira a apresentação do especialista em regulação da ANS João Boaventura Branco de Matos](#)

[Confira a apresentação dos professores da USP João Vinícius de França Carvalho e Ana Carolina Maia](#)

[Confira a apresentação do professor de economia da PUC Luiz Roberto Cunha](#)

[Confira a apresentação da especialista em Regulação da SulAmérica Mônica Nigri](#)

**Fonte:** CNseg, em 26.01.2018.