

Federação aponta uma série de questões para o aprimoramento da proposta da ANS

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) participou da audiência pública da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nesta terça-feira (13), para debater a nova proposta de metodologia de cálculo do reajuste dos planos individuais / familiares.

A proposta do órgão regulador tem como base a variação das despesas assistenciais per capita (VDA) do setor e a inflação geral da economia, no caso o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). A VDA reflete diretamente as despesas per capita com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incide sobre as despesas não assistenciais das operadoras (despesas com administração). Nesse modelo proposto, o índice de reajuste seria composto por uma fórmula única, que reúne as duas variações, com peso de 80% para as despesas assistenciais e 20% para as não assistenciais (os pesos refletem aproximadamente a composição das despesas pagas pelas operadoras – 80% assistencial e 20% com administração). Na fórmula, foi introduzido o fator de ganho de eficiência (FGE), para induzir as operadoras a reduzirem continuamente as despesas com assistência à saúde e, assim, transferir parte da produtividade obtida pelas empresas aos beneficiários, o que incentiva a gestão da saúde.

Para a transparência completa dessa fórmula, na avaliação da FenaSaúde, ainda é necessário que a base de dados utilizada seja bem definida e esteja disponível para que o cálculo possa ser replicado. Além disso, a Federação vê como essencial que essas novas regras sejam fixadas em uma norma resolutiva da ANS, o que dissipará quaisquer dúvidas quanto ao método de cálculo. Com isso, cumpre-se objetivo de tornar todo o processo de cálculo transparente para o entendimento claro por parte dos beneficiários, das operadoras de planos de saúde, das entidades de defesas do consumidor e de órgãos públicos sobre o índice a ser reajustado nos planos individuais/familiares.

Durante a audiência pública, Sandro Leal, superintendente de Regulação da FenaSaúde, apresentou as considerações da Federação em relação à metodologia da agência reguladora. "Ao longo do tempo, os reajustes não foram suficientes para repor todos os custos médico-hospitalares, que continuam crescentes. Hoje, a cadeia produtiva está mais engajada buscando discutir eficiência. A nova metodologia aprimorou algumas lacunas, mas ainda não é suficiente para replicabilidade, precisando de mais clareza sobre o tratamento estatístico da base de dados. Sobre as variáveis do modelo proposto, a Variação da Despesa Assistencial (VDA) aumenta a transparência e permite mais previsibilidade. Já o Fator Ganho de Eficiência (FGE) ainda que com definição matemática, não sabemos que número resultará do cálculo. É preciso compreender melhor os resultados gerados pelo FGE. Também é importante corrigir distorções do passado. A mudança é necessária, mas a revisão técnica é fundamental", afirmou.

A FenaSaúde reconhece os avanços da ANS no debate e na elaboração de uma nova metodologia, como também a busca pelo aprimoramento do processo de transparência do cálculo. Contudo, a Federação alerta para a necessidade de uma mudança gradual, que envolva maior tempo de maturação e entendimento sobre os efeitos esperados e desejados no mercado de planos de saúde. Visto que não há referências internacionais que respaldem a metodologia proposta.

O entendimento da Federação é que a questão da transparência avançou bastante, mas são necessários estudos com mais evidências. "Defendemos que tenham mais estudos que apontem para onde essa metodologia vai nos levar. Como é um assunto muito sensível, que altera a vida das pessoas em relação às operadoras, essa mudança tem que ser feita de forma bastante consistente. Para isso, precisamos passar por algumas etapas. Ainda falta esclarecer alguns pontos, dar transparência em outras questões do cálculo, para podermos ter a segurança de que vamos fazer uma mudança confiável", ponderou Leal.

Fonte: CNseg, em 14.11.2018.