



Nº total de slides > **018**



Tempo estimado da apresentação > **00:30**



TPS nº 4 – Política de Preços e Reajuste

Reunião do Núcleo Estadual de Regulamentação da ANS – 06/12/2024
online

Unimed 
Paraná





Objetivo da nossa pauta

- Comentar sobre os relatórios da TPS nº 4 que versa sobre a Política de Preços e Reajuste na saúde suplementar;
- Discorrer sobre os questionamentos e contribuições realizadas pelo Sistema Unimed aos itens do formulário da TPS nº 4 da ANS.



Medidas em discussão / objetivo do regulador

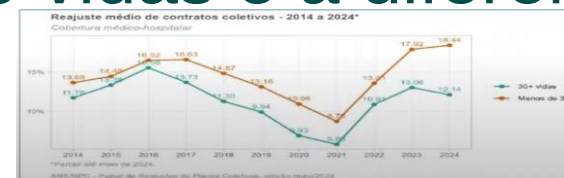
- Mecanismo de participação social que visa coletar informações, dados ou evidências sobre determinado assunto;
- O objeto da TPS foi receber Propostas para o aprimoramento da Política de Preços e Reajustes, contendo os temas elencados no quadro ao lado. Os temas foram tratados separadamente, de modo que possibilitava o envio de uma ou mais contribuições para cada tema.

TEMA	ITENS DE DISCUSSÃO
1. Reajuste dos planos coletivos	1.1. Definição do tamanho do agrupamento; e 1.2. Definição de cláusula padrão de reajuste.
2. Mecanismos financeiros de regulação	2.1. Definição do limite financeiro do fator moderador por procedimento; 2.2. Definição do limite financeiro mensal e anual; e 2.3. Definição dos procedimentos não elegíveis.
3. Venda <i>on line</i>	3.1. Avaliação de critérios de venda <i>on line</i> ; e 3.2. Avaliação da necessidade de aprimoramento normativo na RN nº 413, de 2016.
4. Revisão técnica	4.1. Definição de critérios de elegibilidade; 4.1.1. Indicador que caracterize ameaça ao desequilíbrio econômico-financeiro da operadora; 4.1.2. Indicador que caracterize participação efetiva da carteira individual no âmbito da carteira total da operadora (representatividade); 4.3. Definição do tempo e volume que caracterizam existência e continuidade de atuação no mercado de planos individuais; 4.4. Definição de contrapartidas. 4.4.1. Comercialização de planos individuais; e 4.5. Definição de prazo de implementação e frequência dos pedidos.



Diagnóstico da ANS - Reajuste Coletivo

- Aumento de contratos coletivos com poucas vidas;
- Redução do mutualismo;
- Redução de OPS que comercializam IF, com foco em contratos coletivos para MEI e PME.
- Contratos coletivos com cláusulas de reajuste não transparentes;
- Reajuste médio dos contratos agrupados até 29 vidas, tem sido maior que com mais de 30 vidas e a diferença vem aumentando.





Reajuste coletivo

- Acumulação de índices;
- Sinistralidade meta abaixo da sinistralidade média observada no mercado;
- Cláusulas ambíguas.



Mecanismo de regulação financeira

- Coparticipação/franquia
- Moderação da utilização;
- Evitar o risco moral
- Reduz o valor da mensalidade;
- Lacunas: fator restritor severo; uso de medicamentos sem procedimentos, limites máximos por procedimento, por mês, definir os procedimentos isentos de fator moderador. Limites e vedações!



Venda online

- Não é obrigatória;
- Prática de seleção de risco;
- Reduzir barreiras a contratação;



Revisão Técnica

- Não há normativo vigente e a ANS recebe diversos pleitos com os mais variados fundamentos.
- Critérios de elegibilidade e diretrizes.

Questões a serem aprofundadas:

- Riscos do negócio e equilíbrio econômico-financeiro da carteira de planos individuais;
- Mutualismo na carteira e adequação do preço;
- Subsídios cruzados e seleção de risco;
- Revisão de preços e aumento da eficiência.



Questionamentos e contribuições - número de vidas

1 - A partir dos estudos da Avaliação do Resultado Regulatório (ARR) das regras de reajuste dos planos coletivos e considerando a correlação existente entre o tamanho do contrato de planos coletivos empresariais e o reajuste, qual o número de vidas do agrupamento de contratos você considera adequado?

- A - até 30
- B - até 300
- C - até 600

https://sei.ans.gov.br/controlador.php?acao=procedimento_trabalhar&acao_origem=protocolo_pesquisa_rapida&id_protocolo=30877905&infra_si...

16/10/2024, 09:58

SEI/ANS - 30658702 - Anexo

- D - até 1.000
- E - outro

Justificativa e dados:

2 - A partir dos estudos da Avaliação do Resultado Regulatório (ARR) das regras de reajuste dos planos coletivos e considerando a correlação existente entre o tamanho do contrato de planos coletivos por adesão e o reajuste, qual o número de vidas do agrupamento de contratos você considera adequado?

- A - até 30
- B - até 300
- C - até 600
- D - Todos os contratos coletivos por adesão
- E - outro

Justificativa e dados:



Questionamentos e contribuições - regras de reajuste

3 - Conforme Avaliação do Resultado Regulatório (ARR) das regras de reajustes dos contratos coletivos, os problemas mais frequentemente encontrados em cláusulas de reajuste incluem acumulação de índices, parâmetros de cálculo ambíguos ou sem possibilidade de auditoria ou verificação externa e reajustes por sinistralidade sem piso para a meta. Considerando que a falta de clareza sobre os critérios de reajuste dos contratos coletivos leva à assimetria de informações e à judicialização, quais os elementos mínimos você considera adequados para enfrentar este problema?

Justificativa e dados:

4 - Conforme indicado no ARR de reajustes coletivos, as metodologias de cálculo de reajuste mais frequentemente encontradas nos contratos se baseiam em [1] reajuste por índice financeiro (e.g. IPCA, IPCA-saúde, IGP-M, etc.), [2] reajuste por meta de sinistralidade do contrato ou da carteira; ou [3] reajuste por variação de custos do contrato ou da carteira. Que outras metodologias de cálculo de reajuste devem ser consideradas adequadas para o setor?

Justificativa e dados:

5 - Conforme Avaliação do Resultado Regulatório (ARR) das regras de reajustes dos contratos coletivos, o reajuste por meta de sinistralidade é a metodologia de cálculo mais frequentemente encontrada. Em sua opinião, qual deveria ser o limite mínimo estabelecido para a sinistralidade dos contratos de risco no setor?

Justificativa e dados:



Reajuste Coletivo - Contribuições

- Tamanho do Agrupamento coletivo empresarial: até 99 beneficiários; alternatively criar 2 agrupamentos de riscos, até 29 beneficiários e de 30 a 99 beneficiários ou alterar a regra de carências no agrupamento até 99 beneficiários.
- Tamanho do Agrupamento coletivo por adesão: até 99 beneficiários sem a segregação do agrupamento pelo tipo de contratação.
- Cláusulas de reajustes (elementos mínimos): clareza quanto aos conceitos, periodicidade dos dados e qual é a composição das despesas. Previsão do reajuste técnico com base em sinistralidade meta e reajuste financeiro.
- Outras metodologias de cálculo de reajuste: análises prospectivas e estimular que uma entidade governamental realize apuração pública de variação de custos médico-hospitalares da saúde suplementar.
- Limite mínimo para sinistralidade meta: não deve haver padronização e observar a realidade de carregamentos da OPS.



Questionamentos e contribuições - mecanismos de regulação

1 - Você considera que deve haver limites de coparticipação ou franquia por procedimento?

Sim

Não

Se, "Sim", quanto?

Justificativa e dados:

2 - Você considera que deve haver limite mensal/anual de coparticipação ou franquia?

Sim

Não

Se "Sim", quanto?

Justificativa e dados:

3 - Você considera que deve haver proibição de incidência da coparticipação ou franquia para determinados procedimentos?

Sim

Não

Se "Sim", quais?

Justificativa e dados:



Mecanismos Financeiros de Regulação (coparticipação e franquia) - Contribuições

- Limites e vedações
- Limites de coparticipação ou franquia por procedimento: apenas teto conforme critério definido pela operadora, respeitando o conceito de fator restritor severo.
- Limite mensal/anual de coparticipação ou franquia: idem ao anterior, já que este mecanismo poderá influenciar nos fluxos de recebimento das operadoras e impactará os preços.
- Proibição da incidência da coparticipação ou franquia para determinados procedimentos: Não, conforme embasamento dos tetos limitadores.



Questionamentos e contribuições - venda online

1 - Você considera que a venda on-line deve ser obrigatória?

Sim

Não

Justificativa e dados:





Vendas online dos planos de saúde - Política de Preço e Reajuste

- Venda online deve ser obrigatória: Não, já que não possui fundamentação legal e a interferência do regulador afronta normas constitucionais e legais. Criaria um ônus adicional às operadoras, além de acarretar possível aumento de fraudes.



Questionamentos e contribuições - Revisão Técnica

1 - Diante das ameaças ao desequilíbrio da carteira das operadoras, com possíveis consequências sobre a oferta e a continuidade na prestação de serviços, para que situações você considera que o instrumento de reajuste extraordinário por Revisão Técnica poderia ser permitido na contratação individual?

Justificativa e dados:

2 - Que indicador(es) deveria(m) ser utilizado(s) para comprovar a necessidade de revisão técnica e qual seria o limiar a ser considerado para cada um?

Justificativa e dados:

3 - Quais pré-requisitos seriam necessários para o pedido de revisão técnica?

Justificativa e dados:

4 - A comercialização ativa de planos individuais deverá ser um dos pré-requisitos para pedido de revisão técnica?

Justificativa e dados:

5 - Quais contrapartidas devem ser exigidas da operadora demandante para concessão de revisão técnica em sua carteira individual?



Revisão Técnica - Contribuições

Pré-requisitos que comprovem a necessidade da revisão técnica e quais indicadores comprovariam o desequilíbrio da carteira:

- Situações para aplicação de Revisão Técnica: Todos os planos individuais deficitários, regulamentados ou não, devem ser objeto de revisão técnica, observado a dinâmica regulatória vigente de incorporações de tecnologias e medicamentos no rol. Deve ser considerado o reajuste extraordinário de revisão técnica para quaisquer planos ou grupos de planos que apresentem déficits.
- Indicadores para comprovar a necessidade de revisão técnica e limiar: Estudo que demonstre a prática de premissas realistas na formação inicial dos preços e indicadores como Sinistralidade, margem de contribuição x carregamentos não assistenciais, índice combinado. Não foi indicado um limiar.
- Pré-requisitos para o pedido de revisão técnica: Parecer técnico atuarial, consubstanciado em nota técnica.
- Comercialização ativa de planos individuais: Não deve ser um requisito para concessão.
- Contrapartidas da operadora para concessão da revisão técnica: Não deve ser exigido contrapartidas.
- Além da portabilidade de carências, quais alternativas adicionais podem ser oferecidas àqueles beneficiários que receberem reajuste extraordinário: Implementação/revisão de coparticipação, franquia e demais mecanismos de regulação e/ou eventual migração para plano de atenção primária, conforme portfólio da operadora. Também deve ser incluído planejamento para saldar a sinistralidade em determinado prazo.



Plano Ambulatorial

- Objetivo da Tomada de Subsídios: O objetivo é coletar propostas e informações dos cidadãos e entidades interessadas visando novas opções de planos exclusivamente ambulatoriais contendo: Escopo dos Planos Alternativos Exclusivamente Ambulatoriais, Coberturas Obrigatórias, Exclusões de Coberturas, Tipo de Contratação, Área de Cobertura e Outras Informações Contratuais de Relevância dos planos ou alternativas propostas, além da coleta das seguintes informações sobre a situação atual dos planos exclusivamente ambulatoriais: - Os normativos vigentes sobre segmentação de planos de saúde são suficientes para lidar com o tema ou existe a necessidade de reformulação? - O que poderia justificar a manutenção ou a alteração normativa? - Vislumbra-se algum efeito negativo no setor, caso haja mudança nos normativos atuais? - Quais os efeitos positivos podem resultar da alteração dos normativos atuais?



Planos Ambulatoriais

Tipo	Conceito	Exemplo
1. Escopo dos Planos Alternativos Exclusivamente Ambulatoriais	Definição de o tipo de alternativa está sendo proposta, com detalhes, dentro da sub-segmentação exclusivamente ambulatorial	Plano para a cobertura apenas de consultas ambulatoriais, nas especialidades médicas reconhecidas pelo CFM, sem a previsão de procedimentos ambulatoriais, salvo exames de baixa complexidade em nível exclusivamente ambulatorial.
2. Coberturas Obrigatórias	Detalhar os tipos de cobertura obrigatória prevista na solução proposta	Consultas ambulatoriais eletivas, dentro das especialidades médicas reconhecidas pelo CFM e exames de baixa complexidade em nível exclusivamente ambulatorial.
3. Exclusões de Coberturas	Indicar todas as exclusões de cobertura à alternativa proposta	Exclui-se todos os exames realizados em nível hospitalar, exames que exijam sedações com anestesia geral, atendimentos de urgência/emergência, quaisquer procedimentos e atendimentos em nível hospitalar, exames e consultas com o objetivo de admissões e demissões empresariais. Não se inclui qualquer tipo de medicamento, órtese, prótese, curativo ou outros insumos médico-hospitalares.
4. Tipo de Contratação	Quais os tipos de contratação: coletivo por adesão, coletivo empresarial, individual/familiar e a definição de elegibilidade para a adesão ao tipo de solução proposto	O plano será comercializado por meio da contratos firmados individualmente, extensivo aos dependentes legais: cônjuge, filhos (naturais ou adotados legalmente) até 21 anos; irmãos; cunhados; sobrinhos.
5. Área de Cobertura	Informar se o atendimento será nacional, estadual, grupo de estados, municipais, grupos de municípios ou específicos em prestadores x, y, z	O plano terá atendimento apenas no município do Rio de Janeiro/RJ, restrito ao Centro Clínico de Especialidades Médicas da Operadora XXX, sito à rua xxxxx.
6. Outras Informações Contratuais de Relevância	Informar sobre forma de atendimento (por rede ou reembolso ou qualquer outra modalidade), forma de pagamento, forma de ingresso, reajustes, vigência, cancelamento, dentre outras informações que comporão a alternativa proposta e que sejam de relevância sob a ótica do beneficiário, do prestador e das informações mínimas orientadas sob o escopo do Código de Defesa do Consumidor	O atendimento será exclusivo na rede própria da Operadora xxx, denominado Centro Clínico de Especialidades Médicas. Não há previsão de reembolso, nem a opção de livre escolha, estando o atendimento vinculado aos prazos máximos de até 7 (sete) dias para agendamento. O plano terá o pagamento mensal, com vencimento no 5º dia útil de cada mês. A vigência do plano será de 12 (doze) meses, prorrogável por igual período. O reajuste anual tomará por base o IPCA oficialmente referenciado pelo Governo Federal. O atendimento será realizado por meio de agendamento prévio, dentro da especialidade pretendida, nas datas disponibilizadas pelos médicos assistentes. O fórum adotado é o do Rio de Janeiro, para deliberar sobre eventuais divergências.

Obrigado!

Oclair Custódio dos Santos – Atuário MIBA1985
Núcleo Atuarial – Unimed Paraná

