

Grupo Técnico do Novo Modelo de Reajuste

5ª reunião

30/11/2011

$$R = I_s - X + Y$$

I_s = Índice setorial

X = Produtividade/Eficiência (fator endógeno)

Y = Fator fora da governabilidade (fator exógeno)

Regionalização do Índice Setorial com base no comunicado de reajuste dos planos coletivos

Agenda
Regulatória 2011/12

Região	Abr 2008	Abr 2009	Abr 2010	Acumulado	Diferença para média nacional
A -Centro Oeste	2,87%	6,73%	3,81%	13,98%	-4,12%
B -Sudeste	6,01%	6,23%	6,53%	19,97%	-0,92%
C -Sul	5,58%	7,11%	4,88%	18,61%	-0,23%
D- Norte	5,54%	6,08%	5,20%	17,78%	-0,93%
E -Nordeste	5,66%	7,16%	8,92%	23,32%	+3,73%
BRASIL	5,48%	5,60%*	6,73%	18,88%	0,00%

* Não considerado o percentual de 1,1% do impacto dos eventos exógenos

- ❑ Índice de reajuste baseado na média do reajuste dos planos coletivos (RPC)
- ❑ Na hipótese da regionalização do índice, algumas regiões poderiam ter diferenças elevadas em relação ao índice nacional (Regiões A e E).
- ❑ Tal hipótese torna-se importante quando avalia-se o efeito dos reajustes na renda da população.

O Documento de Informações Periódicas - DIOPS retrata algumas informações econômico-financeiras das Operadoras de Planos de Saúde.

Sua natureza é contábil e portanto, as despesas são registradas no momento de seu aviso e não na data de sua ocorrência.

O DIOPS também não contém dados sobre algumas variáveis que afetam o comportamento dos custos do setor: N° de Eventos e N° de Expostos.

Contudo, o DIOPS **é atualmente a única base de dados da ANS que possibilita a visualização dos custos da carteira de planos individuais regulamentados pela Lei 9.656/98, objeto da regulação em discussão.**

No último trabalho apresentado sobre o índice setorial pela FENASAÚDE, foram analisadas as evoluções do custo médico-hospitalar da carteira total de uma base de 664 operadoras.

Um dos objetivos foi identificar regularidades estatísticas que justificassem recortes/agrupamentos no cálculo do índice setorial.

Também foram realizados exercícios econométricos com o objetivo de identificar variáveis explicativas para a variação do custo médio.

A função da regressão testou se a variação do custo médico –hospitalar das operadoras tinha relação com:

- receita média da carteira ;
- número de beneficiários da operadora;
- grau de verticalização (medida pela relação de imóveis próprios/total de imóveis)

Os resultados não demonstraram relação dessas variáveis com a variação do custo médico –hospitalar, mesmo após separação das operadoras por Classificação.

No trabalho que será apresentado foram analisadas as evoluções do custo médico-hospitalar da carteira individual.

750 operadoras ofertavam planos individuais médico-hospitalares até dez/2010 (data de corte dos estudos)

520 informaram DIOPS e Beneficiários entre 2008 e 2010, representando 78% de beneficiários e 89% da despesa na carteira de planos individuais médico-hospitalares de planos novos.

A amostra apresenta grande dispersão no indicadores de Despesa Per Capita (entre R\$ 0,36 e R\$ 112.452,09 por pessoa) e na Variação dos Custos Médico-Hospitalares denotando a necessidade de tratamentos estatísticos.

Foi utilizada a técnica de Box Plot, que remove da amostra as operadoras que apresentam resultado fora do intervalo definido. Após testes empíricos, foi utilizado o indicador Variação do Custo Médico Hospitalar para redução da dispersão.

369 operadoras compõem a amostra “final” e representam 68% de beneficiários e 79% da despesa na carteira de planos individuais médico-hospitalares de planos novos.

A Variação de Custos Médico –Hospitalares -VCMH apurada é resultado da VCMH de cada operadora ponderada pela participação de beneficiários.

Estudos de Agrupamentos no DIOPS

Porte

Agenda
Regulatória 2011/12

Agrupamento	Nº de operadoras da amostra antes da remoção de outliers	Nº de operadoras da amostra após remoção de outliers (box 1 na VCMH)
Acima de 100.000 beneficiários	11	11
Entre 20.000 e 100.000	53	45
Abaixo de 20.000	456	313
Total	520	369

Agrupamento	Representatividade em beneficiários no mercado	Representatividade em despesa no mercado
Acima de 100.000 beneficiários	25,2%	33,3%
Entre 20.000 e 100.000	21,9%	26,1%
Abaixo de 20.000	20,6%	19,6%
Total	67,6%	79,0%

Agrupamento	Variação entre as VCMH 2010 e 2009
Acima de 100.000 beneficiários	-49,83%
Entre 20.000 e 100.000	53,11%
Abaixo de 20.000	-20,41%
Total	-14,60%

Grande variação na VCMH entre 2009 e 2010 indica divergência nas variações de custo apuradas.

A variação da VCMH é medida conforme fórmula abaixo:

- Cálculo da Variação do Índice Calculado pela ANS entre 2010 e 2011
 $\text{Índice 2011} \div \text{Índice 2010} - 1 = 7,69\% \div 6,73\% - 1 = \mathbf{14,26\%}$
- Variação Média do Índice Calculado pela ANS desde 2001 = **16,16%**

Estudos de Agrupamentos no DIOPS

Classificação

Agenda
Regulatória 2011/12

Agrupamento	Nº de operadoras da amostra antes da remoção de outliers	Nº de operadoras da amostra após remoção de outliers
Cooperativas Médicas	283	215
Medicinas de Grupo	167	107
Seguradoras	7	5
Filantropias	63	42
Total	520	369

Agrupamento	Representatividade em beneficiários no mercado	Representatividade em despesa no mercado
Cooperativas Médicas	37%	42%
Medicinas de Grupo	27%	29%
Seguradoras	1%	4%
Filantropias	3%	3%
Total	68%	79%

Agrupamento	Varição entre as VCMH 2010 e 2009
Cooperativas Médicas	95,59%
Medicinas de Grupo	-64,93%
Seguradoras	45,66%
Filantropias	-56,14%
Total	-14,60%

O critério "Classificação de Operadoras" também apontou grande divergência entre as variações de custo apuradas em 2010 e 2009, dentro do agrupamento e entre os agrupamentos de Operadoras.

Estudos de Agrupamentos no DIOPS

Região

Agenda
Regulatória 2011/12

Agrupamento	Nº de operadoras da amostra antes da remoção de outliers	Nº de operadoras da amostra após remoção de outliers
Norte	14	7
Nordeste	59	42
Centro-Oeste	29	18
Sudeste	315	228
Sul	103	74
Total	520	369

Agrupamento	Representatividade em beneficiários no mercado	Representatividade em despesa no mercado
Norte	3,11%	3,52%
Nordeste	9,46%	9,44%
Centro-Oeste	1,92%	2,08%
Sudeste	43,30%	52,21%
Sul	9,94%	11,72%
Total	67,7%	79,0%

Agrupamento	Variação entre as VCMH 2010 e 2009
Norte	173,88%
Nordeste	1702,95%
Centro-Oeste	-19,40%
Sudeste	-46,17%
Sul	-23,89%
Total	-14,6%

O agrupamento por Região é o que apresenta maior divergência entre as variações de custos apuradas, não possibilitando avaliar o comportamento da VCMH.

Estudos de Agrupamentos no DIOPS

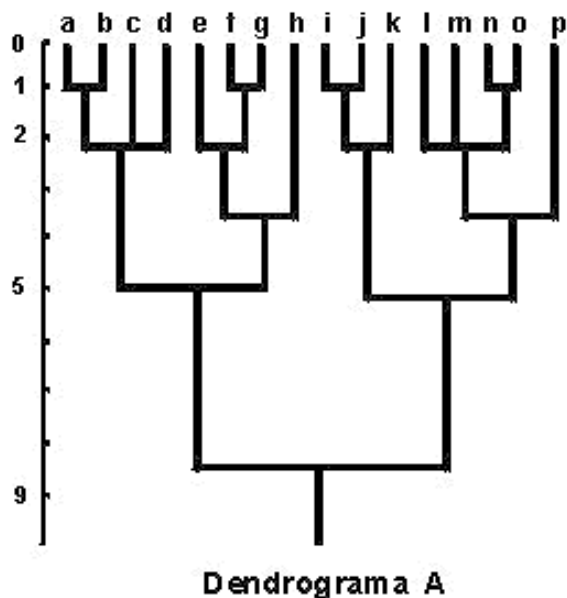
Análise de Clusters

Agenda
Regulatória 2011/12

Os 3 agrupamentos estudados (Porte, Classificação de Operadoras e Região) não possibilitaram identificar regularidades estatísticas na apuração da VCMH.

Alternativamente foi testado um Método de Agrupamento denominado Agrupamento em Árvore – *Tree Clustering*.

O objetivo é organizar as informações em grupos discretos e relativamente homogêneos (baixa variação intra-grupos).



A figura ao lado é um DENDROGRAMA e representa graficamente um modelo de agrupamento em árvore.

A construção da árvore é feita a partir da soma das distâncias entre pares de pontos (benef, despesa, grau de verticalização), exemplificada na fórmula:

$$\text{distância}(x,y) = \{\sum i (x_i - y_i)^2\}^{1/2}$$

Onde x e y seriam os casos (operadoras)

Análise de Correlação das Variáveis da Amostra da Carteira Individual

Agenda
Regulatória 2011/12

- Coeficiente de Correlação: Mede o Grau de Relacionamento entre duas Variáveis; testa se as variáveis variam no mesmo sentido

Variáveis	Coeficiente de Correlação
Receita Média por Benef 2010 x VCMH 2010	(0,0419)
Variação da Receita Média 2010 x VCMH 2010	(0,0231)
Despesa Média por Benef 2010 x VCMH 2010	0,0022
Grau de Verticalização 2010 x VCMH 2010	(0,0610)
Beneficiários 2010 x VCMH 2010	0,0016
Receita Média por Benef 2010 x Despesa Média 2010	0,9704
Grau de Verticalização 2010 x Despesa Média 2010	0,0301
Beneficiários 2010 x Despesa Média 2010	0,0211

Estudos de Agrupamentos no DIOPS

Análise de Clusters

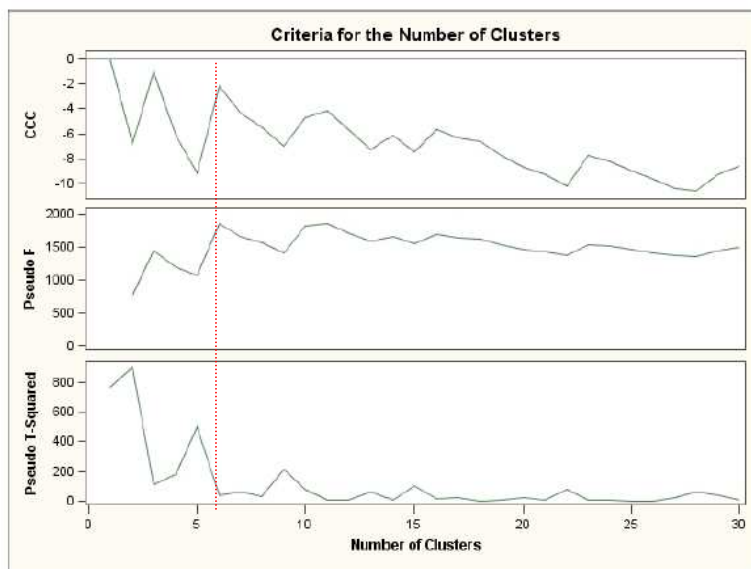
Agenda
Regulatória 2011/12

Utilizando como referência trabalho apresentado pela FENASAÚDE, foram testadas formações de *clusters*, com combinações de:

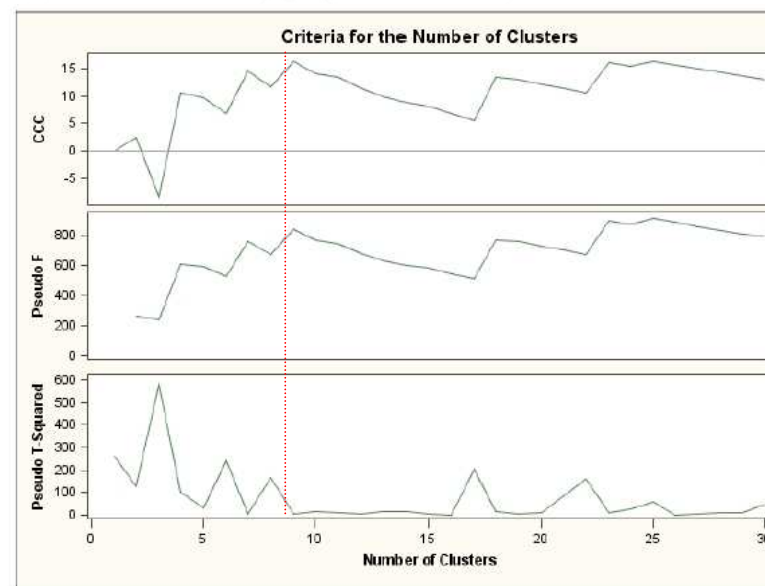
- N° de beneficiários na carteira individual, Despesa Média Per Capita e % de despesas na rede própria;
- N° de beneficiários na carteira individual, Despesa Média Per Capita.
- N° de beneficiários na carteira individual, Receita Média Per Capita

Por ser altamente sensível a valores discrepantes, mesmo após a padronização dos dados (*técnica que elimina o efeito de escala*), os resultados iniciais dos *clusters* gerados em software estatístico apresentaram diferentes resultados:

Agrupamento por Benef, Despesa Média e % Rede Própria



Agrupamento por Benef e Receita Média



Estudos de Agrupamentos no DIOPS

Análise de Clusters

Agenda
Regulatória 2011/12

Alternativamente e como exercício SIMULATÓRIO foram construídos agrupamentos a partir da distribuição dos dados (Percentis, Quartis) das variáveis:

- Número de Beneficiários
- Despesa Média por Beneficiário

As simulações foram construídas de forma que fosse atingido um número mínimo de operadoras em cada agrupamento (12) que possibilitasse o cálculo da eficiência pelo Método de Fronteiras de Eficiência.

Estudos de Agrupamentos no DIOPS

1º Exemplo de Clusters

Agenda
Regulatória 2011/12

SIMULAÇÃO DA CONSTRUÇÃO DE CLUSTERS:

Distribuição de Beneficiários: Até 20.000 vidas e Acima de 20.000 vidas

Distribuição da Despesa: 1- Até 33,3% da distribuição de dados; 2- Entre 33,4% e 66,6% da distribuição de dados; 3 - Acima de 66,6% da distribuição dos dados.

Grupamento	Quantidade de Operadoras da Amostra de 369	Representatividade em beneficiários no mercado	Representatividade em despesa no mercado	Varição entre a VCMH 2010 e 2009
OPS até 20.000 vidas e Despesa Média até R\$ 77,86	111	6,8%	3,4%	-55%
OPS até 20.000 vidas e Despesa Média entre R\$ 77,87 e R\$ 113,96	108	6,9%	6,0%	-7%
OPS até 20.000 vidas e Despesa Média acima de R\$ 113,96	94	7,0%	10,2%	-5%
OPS acima de 20.000 vidas e Despesa Média até R\$ 77,86	12	6,2%	3,1%	-76%
OPS acima de 20.000 vidas e Despesa Média entre R\$ 77,87 e R\$ 113,96	15	11,7%	10,1%	-31%
OPS acima de 20.000 vidas e Despesa Média acima de R\$ 113,96	29	29,0%	46,1%	15%
Total	369	67,7%	79,0%	

- Essa simulação distribui as operadoras em 6 agrupamentos.
- Limitação no número de operadoras nos agrupamentos acima de 20.000 vidas pode dificultar o cálculo da eficiência pelo Método de Fronteiras de Eficiência.
- Coeficiente de Variação (Desvio Padrão/Média) na Despesa Média per Capita é moderada - entre 15% e 30% - a exceção do último grupo (42%), onde a despesa média por beneficiário é mais alta.
- Alta variabilidade na VCMH em 2 dos 6 agrupamentos analisados.

Estudos de Agrupamentos no DIOPS

2º Exemplo de Clusters

Agenda
Regulatória 2011/12

SIMULAÇÃO DA CONSTRUÇÃO DE CLUSTERS:

Distribuição de Beneficiários: Até 20.000 vidas e Acima de 20.000 vidas

Distribuição da Despesa: Até a Mediana e Acima da Mediana.

Grupamento	Quantidade de Operadoras da Amostra de 369	Representatividade em beneficiários no mercado	Representatividade e em despesa no mercado	Variação entre a VCMH 2010 e 2009
OPS com menos 20.000 vidas e Despesa Média até R\$ 94	166	9,9%	5,8%	-30%
OPS com menos 20.000 vidas e Despesa Média acima de R\$ 94	147	10,8%	13,9%	-14%
OPS com mais de 20.000 vidas e Despesa Média até R\$ 94	19	12,6%	8,1%	-81%
OPS com mais de 20.000 vidas e Despesa Média acima de R\$ 94	37	34,4%	51,2%	49%
Total	369	67,7%	79,0%	

- Esse exercício distribui as operadoras em 4 agrupamentos.
- Melhora o número de operadoras nos agrupamentos acima de 20.000 vidas.
- Coeficientes de Variação acima de 40% no grupos com despesa média acima de R\$ 94,00, apontam alta dispersão nessa variável.
- Apresenta alta variabilidade na VCMH nos agrupamentos acima de 20.000 vidas.

- A grandes variabilidades apuradas na VCMH não possibilitam observar tendências ou diferenciações entre grupos de operadoras na apuração da VCMH.
- No DIOPS não é possível avaliar algumas variáveis que afetam a tendência de custo do setor – frequência de utilização e nº de expostos.
- A alternativa, estudos de séries temporais, necessitam de um período maior (no mínimo 30 pontos) o que será alcançado no 2º semestre de 2015 (30 trimestres a partir de jan/2008).
- É necessário reduzir o tamanho da amostra para que ela possa ser melhor analisada em seus aspectos quantitativos e qualitativos, sem perder a representatividade do setor.

- O Sistema de Informação de Produtos – SIP prevê auditoria dos dados enviados.
- A regulamentação da auditoria dos dados SIP está em curso e de acordo com a RN 274/11 alcançará empresas com mais de 100 mil beneficiários.
- Em dezembro de 2010 havia 86 operadoras com mais de 100 mil beneficiários na carteira médico –hospitalar. Dessas, 63 ofertavam planos individuais novos.
- Essas 63 operadoras detém 53% de participação no número de beneficiários de planos individuais médico-hospitalares.
- Contudo, das 63 operadoras que ofertam planos individuais novos, 9 não apresentaram dados em todo o período analisado (2008 –2010)
- Uma análise das 54 operadoras é apresentada a seguir:

Alternativa de Critério para Amostra: SIP

Agenda
Regulatória 2011/12

AValiação da Amostra SIP - Região

Agrupamento	Número de Operadoras	Representatividade na amostra	Representatividade no mercado	Número de beneficiários da amostra
Norte	2	6,22%	5,20%	203.259
Nordeste	5	8,70%	17,60%	284.295
Centro-Oeste	1	2,25%	3,40%	73.579
Sudeste	38	72,06%	61,70%	2.355.974
Sul	8	10,77%	12,10%	352.245
Total	54	100,0%	100,0%	3.269.351

A amostra só apresentou baixa representatividade nas operadoras de pequeno porte.

AValiação da Amostra SIP - Classificação

Agrupamento	Número de Operadoras	Representatividade na amostra	Representatividade no mercado	Número de beneficiários da amostra
Medicinas de Grupo	18	43,46%	51,30%	1.420.723
Cooperativas Médicas	31	52,61%	42,20%	1.719.886
Seguradoras	3	2,93%	1,30%	95.648
Filantropias	2	1,01%	5,20%	33.095
Total	54	100,0%	100,0%	3.269.351

AValiação da Amostra SIP – Nº de beneficiários na carteira individual

Agrupamento	Número de Operadoras	Representatividade na amostra	Representatividade no mercado	Número de beneficiários da
Abaixo de 20.000 vidas	16	5,76%	35,68%	188.428
Entre 20.000 e 100.000 vidas	27	35,88%	34,64%	1.173.190
Acima de 100.000 vidas	11	58,35%	29,68%	1.907.734
Total	54	100,0%	100,0%	3.269.351

Fator de Eficiência

Fronteira de Eficiência de Produção: Proposta Inicial para a Saúde Suplementar

Agenda
Regulatória 2011/12

Tabela II: Matriz Insumo-Produto: Indicadores (*proxies*) preliminares em análise

Inputs (Xⁱ)	Fonte	Outputs (Yⁱ)	Fonte
[Garantias financeiras e prov. técnicas]/ beneficiário	DIOPS	1. Var. do nº de beneficiários (expostos)	SIB, SIP
[Total de consultas por ano] / beneficiário	SIP	2. Índice de permanência do beneficiário	Prog.Qual.
Preço médio da consulta	SIP	3. 1/Índice de desistência do beneficiário	Prog.Qual.
Grau de concorrência (C4, HHI) da principal praça da principal Região onde a operadora atual	SIB	4. 1/Índice de reclamações ANS, conforme o registro formal dos beneficiários	Site da ANS
[Despesa com internações] / beneficiário	DIOPS	5. IDSS sem índice econômico-financeiro	Prog.Qual.
[Despesa com exames] / beneficiário	DIOPS	6. 1/Processo negativa de cobertura DLP	GGRAS
[Despesa com consultas] / beneficiário	DIOPS	7. 1/(Ressarc.ao SUS / beneficiário)	DIDES
Despesa Administrativa / Despesa Médica (EIL)	DIOPS	8. Pesquisa de opinião auditada	Mercado
Taxa de investimento em TI (% da receita)	TISS	9. 1/Índice de demandas judiciais (instâncias superiores e estaduais)	Sites Poder Judiciário
Taxa de invest. em PROMOPREV (% da receita)	GGRAS		
Taxa de invest. acreditação da rede (% da receita)	DIOPE		
Índice de turn-over da rede / médicos conveniados			
Índice de glosas			

Teste dos softwares

DEAP			DEA WIN		
Medicina de Grupo - 2010 Output Oriented Input: Desp. Adm; O (a)			(b) b/a		
firm	crste	vrste	crste	vrste	
1	0,57	0,792	0,57	0,83	104,4%
2	0,75	1	0,75	1,00	100,0%
3	0,52	1	0,52	1,00	100,0%
4	0,45	0,624	0,45	0,60	96,8%
5	0,49	0,858	0,49	0,86	99,8%
6	0,51	0,855	0,50	0,85	99,3%
7	0,40	0,528	0,40	0,46	87,8%
8	1,00	1	1,00	1,00	100,0%
9	0,31	0,455	0,31	0,42	93,1%
10	0,49	0,61	0,49	0,56	91,5%
11	0,59	0,903	0,59	0,78	86,0%
12	0,39	1	0,39	1,00	100,0%
13	0,36	0,55	0,36	0,52	95,3%
14	0,46	0,53	0,46	0,46	86,3%
15	0,45	0,651	0,45	0,64	98,1%
16	0,46	0,63	0,46	0,59	93,6%
17	0,70	0,972	0,70	0,93	95,3%
18	0,29	0,474	0,29	0,64	135,8%
19	0,70	1	0,70	1,00	100,0%
20	0,64	0,948	0,64	0,94	99,5%
21	1,00	1	1,00	1,00	100,0%
22	0,66	0,978	0,66	0,98	100,0%
23	0,45	0,611	0,45	0,72	117,4%
24	0,71	0,847	0,71	0,82	96,6%
25	0,45	0,653	0,45	0,62	95,5%
26	0,55	1	0,55	1,00	100,0%
27	0,86	0,88	0,86	0,91	103,1%
28	1,00	1	1,00	1,00	100,0%
29	0,26	0,429	0,26	0,66	153,8%
30	0,61	0,862	0,60	0,79	92,2%
31	0,69	0,981	0,69	0,98	99,6%
32	0,40	0,602	0,40	0,57	95,4%
33	0,52	0,6	0,51	0,67	111,6%
34	0,44	0,632	0,44	0,78	124,1%
35	0,55	0,847	0,55	0,84	98,7%
	0,56	0,78	0,56	0,78	101,4%
	0,52	0,85	0,51	0,82	99,6%
	0,19	0,20	0,19	0,19	13,3%
	3	8	3	8	



Calcula **eficiência** (fazer mais com os mesmos recursos) e **produtividade** (medida de resultados e recursos)

Calcula somente a **eficiência**

Fator X

Estudos iniciais:

- Produtividade por Modalidade (Medicina de Grupo, Cooperativa, Seguradora)
- *Software: DEAP – Data Envelopment Analysis (Computer) Program – Free**
- 4 Variáveis: O fator trabalho (DA) é necessário para geração de receitas, e manutenção/aumento do nº de beneficiários
 - Despesas Administrativas (input)
 - Beneficiários (output)
 - Prêmio (output)
 - Receita Financeira (output)

* Prof. Tim Coelli – Seguro-saúde - Austrália

Fator X – Resultados Amostra Reduzida

Simulações Iniciais: **O quanto as empresas devem descontar do Reajuste dado pela ANS (que incide sobre 100% da receita), em função da produtividade no trabalho Administrativo?**

- Por Modalidade:
 - 35 Medicina de Grupo
 - 37 Cooperativas médicas
 - 12 Seguradoras
- *Resultados*

Operadoras que possuem mais de 20mil beneficiários em **planos individuais novos.**

O *price cap* procura incentivar a eficiência das operadoras, compartilhando os ganhos de produtividade entre a operadora e o consumidor.

	Variação da Produtividade Média Anual - Índice de Malmquist	Peso da Despesa Administrativa no total de Prêmios	↓ Fator X
	Média geométrica entre 2009 e 2010		
Coperativas Médicas	3,80%	13,48%	0,51%
Medicinas de Grupo	4,30%	16,12%	0,69%
Seguradoras	8,80%	9,03%	0,79%

Estudos das Correlações (todas as operadoras)

Agenda
Regulatória 2011/12

- 487 operadoras (segmentação médico-hospitalar)
- Fonte de dados: DIOPS, SIP, IDSS, Índice de Reclamações
- Variáveis financeiras e variáveis *proxy* da qualidade
- Cálculo de todos os coeficientes de correlação possíveis compreendendo os anos de 2007 a 2010, quando as informações estavam disponíveis

DIOPS		CARTEIRA TOTAL
Variáveis Financeiras com correlação forte		
Desp Adm	x	Prêmio
Consulta	x	Prêmio
E I L	x	Prêmio
Patrimônio Líquido	x	Prêmio

Variáveis Financeiras

Agenda
Regulatória 2011/12

		BM				% Benef. INCT				EI				CRL				DCM			
		2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
BM	2007																				
	2008																				
	2009																				
	2010																				
% BINCT	2007	#DIV/0!																			
	2008		-0,11																		
	2009			-0,11																	
	2010				-0,12																
EI	2007	#DIV/0!				#DIV/0!															
	2008		0,95				-0,09														
	2009			0,96				-0,09													
	2010				0,96				-0,10												
CRL	2007	#DIV/0!				#DIV/0!				0,97											
	2008		0,96				-0,09				1,00										
	2009			0,96				-0,09				1,00									
	2010				0,96				-0,09				1,00								
DCM	2007	#DIV/0!				#DIV/0!				0,81				0,88							
	2008		0,82				-0,06				0,84				0,86						
	2009			0,93				-0,09				0,95				0,95					
	2010				0,91			-0,09					0,93				0,94				
DA	2007	#DIV/0!				#DIV/0!				0,81				0,89				0,90			
	2008		0,87				-0,07				0,88				0,90				0,87		
	2009			0,87				-0,08				0,86				0,88				0,84	
	2010				0,88				-0,09				0,89				0,91				0,93
RF	2007	#DIV/0!				#DIV/0!				0,84				0,70				0,45			
	2008		0,73				-0,07				0,80				0,76				0,47		
	2009			0,78				-0,08				0,86				0,83				0,77	
	2010				0,77				-0,08				0,84				0,81				0,64
DF	2007	#DIV/0!				#DIV/0!				0,70				0,70				0,51			
	2008		0,64				-0,05				0,72				0,71				0,66		
	2009			0,66				-0,06				0,72				0,73				0,74	
	2010				0,60				-0,06				0,65				0,66				0,61
AT	2007	#DIV/0!				#DIV/0!				0,89				0,78				0,54			
	2008		0,79				-0,08				0,87				0,84				0,59		
	2009			0,82				-0,09				0,90				0,88				0,82	
	2010				0,82				-0,09				0,92				0,91				0,79
PL	2007	#DIV/0!				#DIV/0!				0,75				0,67				0,44			
	2008		0,63				-0,09				0,72				0,69				0,51		
	2009			0,69				-0,09				0,79				0,77				0,70	
	2010				0,72				-0,09				0,83				0,82				0,72

■ Correlação Forte
($r_{xy} \geq 0,7$)

■ Correlação Moderada
($0,4 \leq r_{xy} < 0,7$)

■ Correlação Fraca
($0,2 \leq r_{xy} < 0,4$)

- Amostra por Modalidade
- MG, CM > 20 mil beneficiários em Planos Individuais Novos
- Filantropia > 10 mil beneficiários em Planos Individuais Novos
- Seguradoras: Todas

DIOPS - MG	CARTEIRA TOTAL POR MODALIDADE		Correlação
IDSS assist	x	Índice Reclamação	Negativa
Valor médio Consulta	x	Índice Reclamação	NÃO HÁ
Participação planos novos	x	Índice Reclamação	Positiva
PL/benef	x	Índice Reclamação	NÃO HÁ
PL/benef	x	IDSS assist	NÃO HÁ
Nº Benef total	x	Eficiência	Positiva

* Forte nas seguradoras

MEDICINA DE GRUPO

Agenda
Regulatória 2011/12

	Benef.			CRL			Desp. Adm			IR			Valor Consulta			Prêmio			ID AS			% Planos Ind.		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	###	2008	2009	2010
Benef.	0,0																							
CRL	0,9	0,9	0,9																					
Desp. Adm	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0																		
IR	-0,2	-0,2	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	-0,1	-0,1	0,0															
V. Consulta		0,0	-0,1	0,4	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,1	0,2	0,1												
Prêmio Médio	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,1	0,3	0,2	-0,2	0,1	0,5	0,6	0,5		0,0	-0,1							
ID AS		0,5		0,4	0,4		0,4	0,4		-0,4	-0,4		-0,3											
% Planos Ind. Novos	-0,6	-0,7	-0,7	-0,6	-0,6	-0,5	-0,5	-0,6	-0,5	0,3	0,3	0,3	0,4	0,0		0,0	0,1	0,1	-0,4	-0,8				
Gasto Consulta		0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	0,3		0,2	0,3		0,5			-0,6	-0,6	
Gasto Consulta Per Capita		0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	-0,1	0,4		0,1	0,4		0,2			-0,1	-0,2	
PL Médio/Benef	0,2	0,2	0,3	0,2	0,4	0,4	0,2	0,4	0,4	-0,1	-0,1	0,0	0,0	0,3		0,0	0,6	0,6	0,3	0,2		-0,6	-0,5	-0,4
Idade Média		-0,1		-0,1	-0,1		-0,1			0,4				0,0			0,5							0,1
Idade Média Carteira Ind. Total		0,0		0,1			0,0			0,4			0,1				0,6							-0,1
Eficiência		0,4		0,4			0,3			-0,2			0,2				0,1			0,2				-0,2

Legenda: Correlação Forte : Verde Claro; Correlação Moderada: Amarelo Claro; Correlação Fraca: Azul Claro; Correlação Negativa: Vermelho

- SDE - no modelo insumo-produto a inclusão de variáveis proxy de qualidade tal como a satisfação do consumidor poderia resultar num aumento do fator X, ou seja, havendo uma melhoria da qualidade o fator X aumentaria de valor e o reajuste seria menor ($I - X + Y$).
- **Ministério da Saúde - PPA** – Reajuste atrelado a aspectos de qualidade (assistenciais).
- Com base no modelo de privatização dos aeroportos da ANAC, foi identificada a possibilidade de criação de um fator de Qualidade (Q), no modelo price cap: ($I - X + Y + Q$).
- Portanto a fórmula do PRICE CAP, sofreria uma transformação incorporando um fator Q.

- Exemplo na Saúde Suplementar: % Reajuste = $(I - X + Y + Q)$.

$$I = 7,69\%$$

$$X = 0,5\%$$

Q = limitado ao Fator X, dependente da Nota da OPS no IDSS e na pesquisa de satisfação do consumidor.

		Nota do IDSS	
		1, então $Q = X$	0, então $Q = 0$
Reajuste Anual	$[7,69 - 0,5\% + 0\% + 0,5\%] = 7,69\%$	$[7,69 - 0,5\% + 0\% + 0\%] = 7,15\%$	

- Impossibilidade de implementação imediata do Price Cap – necessidade de construção de uma séria histórica mais longa e robusta;
- Impossibilidade de Regionalização do Índice pelo RPC;
- Continuidade dos estudos e maturação da base DIOPS por pelo menos mais dois anos
- O resultado dos estudos tem que ser confrontados com a metodologia atual
- Contratação eventual de Consultoria Externa

Obrigada!



Ministério da
Saúde

