

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34

ATA DE REUNIÃO
GRUPO TÉCNICO DO NOVO MODELO DE REAJUSTE
2ª REUNIÃO- 16/03/2011

Aos dezesseis dias do mês de março do ano de dois mil e onze, reuniram-se no auditório da sede da Agência Nacional de Saúde Suplementar, nesta cidade, das 9:00h às 13:00h, representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar e de instituições do setor de Saúde Suplementar e da Sociedade Civil para a realização da 2ª Reunião do Grupo Técnico da Nova Metodologia de Reajuste, tendo como objetivo apresentar e discutir as propostas elaboradas pelos diversos atores do setor e representantes dos segmentos do mercado. A assinatura desta ata está disposta na lista de presenças, em anexo.

O Sr. Fábio Fassini da ANS, deu início à reunião apresentando o programa de trabalho. Em seguida, foi apresentada a planilha contendo a indicação de cada membro para participação nos subgrupos de trabalho para a metodologia de Reajustes: I – Índice Setorial, X – Fator de Eficiência e Y – Eventos Exógenos. Também foi informada a criação da lista de distribuição de e-mails: gtreajuste@ans.gov.br.

Foi informado que a sugestão da participação dos membros nos subgrupos I e Y são os mesmos, tendo em vista que a discussão de tais fatores está intimamente relacionada. O Sr. Adriano Soares da Unimed do Brasil sugeriu que as reuniões dos subgrupos aconteçam num mesmo dia, de forma que as instituições possam acompanhar o que está sendo discutido em cada um. Também ficou acordado que as entidades ainda poderiam alterar as sugestões da ANS na composição dos subgrupos.

A primeira palestra foi proferida pelo Sr. Alexandre Marinho, pesquisador do IPEA e professor da UERJ. Ele apresentou do Método de Fronteiras de Eficiência de Produção. Esclareceu que os determinantes da produtividade são: ambiente, tecnologia e eficiência. Os modelos apresentados são destinados a medir eficiência, e não produtividade. Informou que definir *inputs* (insumos) e *outputs* (produtos), bem como determinar o máximo e mínimos potenciais são problemas centrais do método. Ao escolher o rol de *inputs* e *outputs* é que se determina a eficiência. Informou que apresentaria modelo voltado para medir a eficiência técnica. A

35 eficiência técnica é uma medida física de minimização de insumos ou maximização
36 do produto. Existe ainda a eficiência alocativa que avalia as combinações ótimas
37 possíveis entre insumos e produtos e depende da obtenção dos preços relativos dos
38 insumos do setor.

39 Na definição de Koopmans (1951), uma unidade produtiva é eficiente quando
40 para aumentar a produção de algum bem, é necessário reduzir a produção de algum
41 outro, ou aumentar a quantidade de algum insumo. *“Se você pudesse simplesmente
42 reduzir e continuar produzindo a mesma coisa, você não é eficiente pois já poderia
43 ter feito isso antes”.*

44 Os trabalhos realizados na área sugerem que os ganhos possíveis de eficiência
45 alocativa são menores, quando comparados com os ganhos de eficiência técnica.
46 Além disso, a eficiência alocativa é muito difícil de medir, pois depende da obtenção
47 dos preços dos insumos.

48 O Professor Alexandre Marinho citou um exemplo de uma unidade hospitalar
49 que produz 1 (uma) internação. O quanto essa unidade hospitalar pode multiplicar o
50 número de internações? Se ela for eficiente, o resultado deve ser 1, pois se pudesse
51 multiplicar por 2, isso deveria ter sido feito antes e está sendo pouco eficiente. Esta
52 medida de eficiência é um escalar entre 0 e 1, onde “1” representa o máximo de
53 eficiência do Sistema (100%).

54 Na seqüência, o Professor Alexandre Marinho falou sobre o método DEA –
55 (*Data Envelopment Analysis*). O DEA é um modelo de programação matemática que
56 visa combinar o conjunto de observações (*inputs* e *outputs*) e gerar uma fronteira
57 de eficiência.

58 O modelo DEA surgiu em 1978, nos Estados Unidos, como forma de comparar
59 o desempenho educacional de escolas com crianças com dificuldades de
60 aprendizado.

61 O Prof. Alexandre destacou que há uma série de medidas para apurar a
62 eficiência, e nem sempre o pacote estatístico dá um resultado esperado. Destacou a
63 dificuldade de se estabelecerem pesos para cada um dos *inputs* e *outputs*.

64 Para cada modelo DEA primal (original), há um modelo dual correspondente.
65 Se o primal maximiza *outputs*, então o dual minimiza *inputs*, e vice versa.

66 Além de dar os pesos a cada *input* que possibilitam a maximização dos
67 *outputs*, o método permite calcular a distância de cada unidade produtiva (DMU –
68 *Decision Making Unit*) em relação à fronteira de eficiência.

69 O Prof. Alexandre destacou que o método exige várias definições:

- 70 a) Voltado para minimização de *inputs*, maximização de *outputs* ou *misto*;
- 71 b) Retorno constante de escala (modelo CCR) ou retorno variável de escala (modelo
72 BCC);
- 73 c) Forma de envoltória dos dados;
- 74 d) Multiplicadores,
- 75 e) Folgas para medição da eficiência (slacks).

76 Ele informou que o método gera como resultados valores ótimos de *inputs* e
77 *outputs*; possibilita a construção de agrupamentos de unidades de referência
78 (**peers**); *obtenção da* eficiência de escala; contribuição de cada *input* e *output* para
79 a eficiência técnica e a dispersão dos desempenhos (ex: nota de uma empresa e as
80 notas das demais).

81 Ele citou ainda como vantagens a possibilidade da metodologia dispensar
82 preço dos insumos; priorização de *inputs* e *outputs*; utilização de diferentes
83 unidades de medida nos *inputs* e *outputs* (adimensional); compatibilidade com o
84 modelo de regulação Yardstick (Yardstick Regulation).

85 O Sr. Adriano Soares da Unimed Brasil questionou como medir eficiência em
86 saúde, especialmente num mercado onde há operadoras verticalizadas e outras não.
87 O Sr. Alexandre Marinho esclareceu que o modelo consegue fazer medidas de
88 desempenho comparativas, através da criação de **peers** (grupos homogêneos).

89 O Sr. Fábio Fassini argumentou que o grupo irá determinar quais serão os
90 *inputs* e *outputs* importantes para a sociedade. E que, apesar de o modelo DEA não
91 refletir todas as características do mundo real, é um avanço, em termos de
92 metodologia.

93 O Sr. Antonio Westeinberger, da ABRAMGE, informou que o modelo DEA é
94 muito utilizado na saúde para hospitais, mas não encontrou ainda na bibliografia
95 aplicação para os intermediários. Alertou ainda que há heterogeneidade no setor, e
96 que é necessário criar extratos (**peers**). Ele sugeriu a criação de 5 ou 6 extratos,

97 que destaquem os principais pontos de não confluência. Alerta que esta é uma
98 preocupação técnica e política.

99 O Prof. Alexandre Marinho informou que o tamanho da amostra é irrelevante,
100 e que segmentações são possíveis.

101 O Sr. Antonio Westeinberger informou estar preocupado com o vetor de
102 ponderação dos *inputs*. O Sr. Fábio Fassini da ANS entende que o mais importante é
103 definir quais são os *inputs* e *outputs*.

104 O Sr. Luiz Augusto, do IESS, elucidou que não se busca medir a eficiência do
105 prestador, mas a eficiência da cobertura da operadora. Como argumentação, criou a
106 hipótese de duas operadoras em SP, somente com cobertura de internação, e a
107 mesma rede de prestadores (em termos de preço). A composição etária das
108 carteiras e o perfil epidemiológico também seriam os mesmos. Assim, supõe-se que
109 o prêmio cobrado é similar. Após 1 ano, apura-se que a despesa, que é uma
110 variável aleatória, e verifica-se que o valor foi diferente. Questiona: "Como apurar a
111 eficiência nessa situação"?

112 O Sr. Fábio Fassini alertou que há uma série de variáveis que gerarão *outputs*
113 diferentes para essas empresas. Exemplo: tempo de atendimento de 3 dias para
114 uma, e de 10 dias para outra. Seria uma análise de eficiência operacional.

115 O Sr. Alexandre Marinho informou que o método revela coisas que não são
116 observáveis no resultado financeiro: esforço, competência.

117 O Sr. Sandro Leal, da FENASAÚDE, destacou a importância dos preços
118 relativos dos insumos (hospitais, exames, etc.). Portanto, há que se preocupar com
119 a definição da função objetivo. Há que se definir nichos, para fazer tal análise.

120 O Sr. Fábio Fassini lembrou que estamos no estágio de nivelamento, e que
121 num momento seguinte, as comparações devem ser feitas dentro de recortes
122 (segmentações) ou num todo.

123 O Prof. Alexandre informou que o método pode ser uma referência. O modelo
124 apresentará um mapa, eventualmente com uma grande dispersão. Nessa situação,
125 os resultados iniciais do método não poderiam ser utilizados para bonificar ou
126 desabonar. Ele sugere que o método deve ser validado pelo conhecimento específico
127 do setor.

128

129

130 O Prof. Alexandre apresentou algumas características da metodologia DEA:

131 1) Não é estocástica, podendo ser afetada por erro de medidas e choques aleatórios,
132 onde numa análise transversal, alguém pode levar uma nota injusta (ex: choveu
133 num lugar, e gerou um desempenho pior);

134 2) Estudos técnicos mostraram que as soluções do DEA podem ser consideradas
135 estimadores de máxima verossimilhança, apesar de não estocásticos. Pode-se
136 também realizar experimentos simulatórios de Monte Carlo, afim de não utilizar o
137 primeiro resultado obtido.

138 3) Para testar a unicidade da fronteira, é bom rodar amostras separadas –
139 particionar a fronteira e gerar um ótimo em cada subfronteira, e depois gerar uma
140 única fronteira.

141 4) Função de Produção: se o analista conhece a fórmula da função de produção, ele
142 deve calcular os valores dos outputs pela fórmula, e não pelos dados supostamente
143 conhecidos.

144 5) Os *Inputs* e *Outputs* não discricionários. Pode-se ainda regredir, PIB, Idade e
145 Sexo, que são não controláveis, para fazer testes de estimativas.

146 6) No método DEA, a razão entre o somatório de *Inputs* e *Outputs* dividido pelas
147 *Decision Making Units* deve ser menor ou igual a 3. Caso contrário, o modelo pode
148 gerar o resultados anômalos, nos quais muitas ou todas as DMUs são eficientes.

149 7) Os modelos (de regressão) de fronteira estocástica (minimização) e DEA–CCR
150 (retorno constante de escala) são compatíveis. Pode-se fazer uma avaliação cruzada
151 – mapa dos pesos de cada unidade (DMU) com os pesos das outras DMU's, visando
152 tirar um pouco da arbitrariedade do modelo.

153 Em seguida, O Prof. Alexandre apresentou um quadro comparativo entre as
154 metodologias DEA e SFA – Fronteira Estocástica, e o resultado que o IPEA apurou na
155 medição de eficiência do sistema nacional de transplante ao longo dos anos.

156 O índice de Malmquist apresenta uma comparação de como varia o
157 desempenho de uma unidade em um período de tempo e como a fronteira se
158 desloca nesse período. O método Free Disposable Hull – FDH só permite comparar
159 uma unidade com outra existente, e não com uma unidade virtual (empresa
160 eficiente).

161 Finalmente, o Prof. Alexandre Marinho apresentou alguns exemplos já
162 utilizados para o mercado de Saúde Suplementar, com trabalhos publicados. Dentre
163 eles, o trabalho do Sr. Sandro Leal da FENASAÚDE e a Dissertação de Mestrado da
164 Sra. Paula Hashimoto, técnica em regulação da ANS .

165 A segunda palestra foi proferida pelo Sr. Flavio Saab, especialista em
166 regulação da ANVISA. Ele iniciou sua apresentação sobre o modelo de reajuste
167 daquela Agência Reguladora. Apresentou o cenário anterior a regulação de
168 reajustes, comparando a variação de preços do setor farmacêutico com o Índice
169 Nacional de Preços ao Consumidor, demonstrando que em boa parte do período
170 anterior a regulação, os preços do setor cresceram acima dos preços de outros bens
171 e serviços da economia.

172 Neste cenário pré-regulação, o Sr. Flavio Saab relatou que após algumas
173 crises no setor sanitário (pílula de farinha, etc), foi instaurada no Congresso
174 Nacional uma CPI de Medicamentos. Foi definida a participação do Governo na
175 regulação dos preços, inicialmente por um protocolo de intenções. No entanto, este
176 esforço para controlar preços não logrou êxito por não ter caráter impositivo.

177 O Sr. Flavio SAAB salientou que a regulação teve início com a CAMED, criada
178 pela Lei n º 10.813 em dezembro de 2000, visando o acompanhamento dos preços
179 do setor e aplicação de sanções, entre outras competências. Sua estrutura
180 compreendia um comitê técnico e um conselho de ministros. Em 2003, a CAMED foi
181 substituída pela CMED – Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, com a
182 agregação do Ministério do Desenvolvimento (além da Fazenda e da Justiça, que
183 executam os cálculos dos fatores do modelo PRICE CAP). Estabeleceu-se em um
184 primeiro momento uma fórmula paramétrica, com 2 componentes: a EMP =
185 Evolução média de preços, ponderada pelo faturamento dos produtos, e IPM =
186 Índice Paramétrico de Medicamentos, o qual apurou a participação no preço final de
187 cada componente (Matérias-Primas importadas, locais, mão-de-obra, lucro líquido,
188 etc). Alguns desses componentes tiveram como índice de correção uma cesta de
189 moedas (dólar, marco alemão e franco suíço), IPCA Geral e o IPA Industrial.

190 De forma a operacionalizar o modelo, as empresas do setor foram divididas
191 em dois grupos:

192 Grupo 1: Aquelas que reajustaram seus preços em índice superior ao Índice
193 Paramétrico de Medicamentos-IPM (4,40%), ficando sem reajuste;

194 Grupo 2: Essas empresas obtiveram a diferença entre os reajustes praticados
195 e o Índice Paramétrico Exemplo: um laboratório pode praticar um reajuste adicional
196 de 1,33% seus preços pois já havia aumentado 3,07% (4,40%-3,07%).Permitiu-se,
197 ainda, reajustes distintos em cada um dos produtos, limitado a 35% a cima do
198 índice paramétrico. Portanto, no exemplo, o limite foi de 5,94%.

199 Houve também alguns reajustes extraordinários em 2002 e 2003, por
200 aumento no imposto de importação, por exemplo.

201 A partir de 2004, a Resolução nº 4 da CMED passou a utilizar o Modelo Price
202 Cap, conforme abaixo:

203 $\text{Reajuste} = \text{IPCA} - X + Y + Z$, onde X é o Fator de Produtividade visando
204 incentivar que as empresas repassem uma parte do ganho de produtividade para o
205 consumidor.

206 Assim, foi criado um modelo de projeção de produtividade de todo o setor,
207 apesar das diferenças entre as empresas. A Secretaria de Direito Econômico do
208 Ministério da Justiça determinou a metodologia para o fator X, utilizando como
209 variável dependente a produtividade do trabalho na indústria farmacêutica. Porém, o
210 Sr. Flavio Saab apontou que o setor regulado acredita que a produtividade do setor
211 poderia ser calculada com base no fator de produção capital, bastante intensivo no
212 setor.

213 As variáveis macroeconômicas utilizadas no modelo do cálculo do fator X são
214 o PIB, Juros, Inflação e Cambio, combinando-se o Modelo ARIMA com o método da
215 regressão.

216 Sr. Sandro Leal entrevistado informando que o modelo da ANVISA traz um fator X
217 prospectivo, e portanto, seria diferente do modelo de fator X proposto pela ANS (de
218 mensuração retrospectiva).

219 O Sr. Fábio Fassini, da ANS, informou que o modelo nasceu na Inglaterra para
220 o setor industrial, e não pode ser replicado diretamente no setor de serviços, em
221 especial na saúde.

222 O Sr. Flavio Saab informou que o modelo prospectivo pode superestimar a
223 produtividade, prejudicando as empresas. Quando a produtividade for subestimada,

224 favorece a incorporação de margens excessivas pelas empresas. Em setembro de
225 2009, a ANVISA publicou o percentual de 0,38% como ganho de produtividade
226 esperado para o setor em 2010 (fator X).

227 Sr. Fábio Fassini, da ANS, lembrou que na saúde o índice é de valor, e não de
228 preço. O Sr. Antonio Westeinberger, da ABRAMGE, mencionou que o Resseguro é
229 um fator importante para amenizar a volatilidade no Risco. Verifica-se que a
230 sinistralidade tem maior variabilidade em porte pequeno de operações (poucas
231 vidas). Porém, é necessário que as empresas se preparem, em termos de boas bases
232 de dados, para terem acesso aos resseguradores.

233 O Sr. Flavio Saab continuou, explanando que o fator Y, ajuste de preços
234 relativos entre o setor farmacêutico e demais setores da economia, é calculado pelo
235 Ministério da Fazenda, influenciado pela taxa de variação do dólar e da energia
236 elétrica. Devido à valorização do Real desde 2005, ele tem apresentado valores
237 negativos. Isso tem sido bom para os laboratórios, pois os valores negativos não
238 podem ser descontados. Há estudos na regulação para criar um saldo, a ser
239 descontado quando o fator Y for positivo.

240 O Sr. Antonio Westeinberger questionou se tais valores estão sendo
241 contabilizados, pois seu desconto poderá afetar eventuais projeções de ganhos das
242 empresas.

243 Quanto ao fator Z, o Sr. Flavio Saab informou que este busca ajustar preços
244 relativos entre os mercados com menor concorrência e os mais competitivos. O Prof.
245 Alexandre Marinho alertou para um movimento de empresas estrangeiras adquirindo
246 empresas brasileiras que produzem genéricos, influenciando a estrutura
247 concorrencial do mercado. O Sr. Flavio Saab confirmou esta teoria, e disse que o
248 órgão regulador está atento a este movimento, pois o faturamento do genérico e do
249 não genérico dentro de uma classe terapêutica são apurados separadamente.

250 Os produtos em classes terapêuticas com concorrência (participação de
251 genéricos $\geq 20\%$) são classificados em Nível 1, e o fator Z assume o mesmo valor
252 de X, para anular a produtividade. Isto porque, em mercados com maior
253 concorrência, a regulação não precisa ser tão rigorosa. No limite, pode haver maior
254 rivalidade entre duas empresas de forma mais acirrada do que o mercado, onde há
255 oferta de genéricos. Por outro lado, não havendo patente, copiar moléculas não é

256 difícil para o setor, sendo possível adentrar o mercado com um preço menos
257 abusivo. Assim, o modelo permite um maior reajuste para segmentos de mercado
258 com maior concorrência. Observa-se, ainda, que os fabricantes de medicamentos de
259 referência podem baixar seu preço para não perder mercado frente a entrada de
260 genéricos.

261 O Nível 2 tem participação de genéricos entre 15% a 20%. O fator Z assume
262 um valor que desconta 50% do fator de produtividade (Fator X). No Nível 3
263 (genéricos <15%), o fator Z assume zero. A lógica é oferecer menor reajuste para
264 mercados com pouca concorrência, e vice-versa.

265 Em 31/03/2011, os reajustes autorizados serão de: IPCA (passado, 12 meses
266 até fevereiro de 2011).

267 Nível 1: 6,01% (o Z apurado é igual ao x)

268 Nível 2: 4,78% (o Z apurado é metade de x)

269 Nível 3: 3,54% (o Z é zero)

270 Tais valores já foram divulgados.

271 O Sr. Flavio Saab finalizou sua apresentação demonstrando uma linha de
272 tendência, onde os preços após a regulação apresentam queda.

273 O Sr. Fábio Fassini teceu alguns comentários, e o Sr. Flavio Saab informou
274 que o setor farmacêutico só não é tão lucrativo quanto o setor de petróleo. Porém,
275 grande parte disto é sobre moléculas novas. Portanto, é muito atrativo ingressar
276 com preços altos, onde não há concorrência até a quebra da patente. Portanto, o
277 Nível 3 não torna este mercado menos atrativo. A CMED também define o preço de
278 entrada dos produtos. Por isso para o produto inovador, que não tem base de
279 comparabilidade, o preço é balizado pelo menor preço entre 10 países estrangeiros
280 onde o produto é comercializado. Desta forma, a ANVISA regula preço e reajuste.

281 O Sr. Sandro Leal, da FENASAÚDE, alertou que preços muito baixos podem
282 representar produtos de baixa qualidade.

283 O Prof. Alexandre Marinho questionou a não participação do Ministério da
284 Ciência e Tecnologia na CMED. O Sr. Fábio Fassini sugeriu o convite deste Ministério
285 para o GT do Reajuste.

286 Um membro do Grupo Técnico disse que há incorporação de 100
287 procedimentos por ano no setor de saúde suplementar. O Sr. Flávio informou que no

288 setor de medicamentos há mais de 200 lançamentos por mês, porém, a maioria do
289 tipo denominado “me too”, ou seja, a mesma tecnologia, sem nenhum ganho de
290 eficiência, porém um pouco mais caro, “maquiado”.

291 Ao fim da reunião, o Sr. Fábio Fassini confirmou a apresentação da Sra. Paula
292 Hashimoto e do Sr. Bruno Morestrello na próxima reunião (em data a ser
293 confirmada), e informou que todo o material será disponibilizado no site da ANS), e
294 que será encaminhado (para o e-mail: gtreajuste@ans.gov.br) uma planilha
295 indicando um coordenador para cada subgrupo, com apresentação de um
296 cronograma de trabalho dos subgrupos, para que tais coordenadores apresentem os
297 resultados das discussões ao GT.

298

299

300

Rio de Janeiro, 16 de março de 2011.