



**ATA DE REUNIÃO**  
**GRUPO TÉCNICO DO NOVO MODELO DE REAJUSTE**  
**3ª REUNIÃO- 28/04/2011**

1

2

3

4

5

6

7

8

Aos vinte e oito dias do mês de abril do ano de dois mil e onze, reuniram-se no auditório da sede da FIPECAFI em São Paulo, das 14:30h às 18:30h, representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar e de instituições do setor de Saúde Suplementar e da Sociedade Civil para a realização da 3ª Reunião do Grupo Técnico da Nova Metodologia de Reajuste, tendo como objetivo apresentar e aprovar o cronograma de trabalho proposto, eleger os coordenadores dos subgrupos de trabalho, além de apresentar 2 trabalhos relacionados ao modelo de Fronteiras Eficientes de Produção, elaborados por uma servidora da ANS, Sra. Paula Hashimoto, pelo Sr. Sandro Leal da Fenasaúde, além da exposição de dados do setor sobre preços de planos e rendimento dos beneficiários, apresentado pelo servidor da ANS, Sr. Bruno Morestrello. A assinatura desta ata está disposta na lista de presença, em anexo.

20

Preliminarmente, as Senhoras Silvia Cardoso e Midihã Ferreira da Silva, representantes do Ministério Público Federal, solicitaram que constasse em ata que o Ministério Público participa das reuniões do GT apenas como ouvinte, e não como membro.

24

A Sra. Rosana Neves, Gerente Atuarial e de Financiamento dos Produtos da ANS e Secretária da Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste deu início à reunião. Apresentou o cronograma de trabalho proposto, encaminhado aos membros do Grupo Técnico por e-mail. Foi proposta a subdivisão dos membros em 2 subgrupos: Um para estudar o Índice Setorial e o Fator de Eventos Exógenos. Outro para estudar o Fator de Eficiência. As etapas de trabalho de cada subgrupo foram apresentadas, indicando a necessidade de término dos trabalhos dos subgrupos até outubro de 2011, e elaboração de documento técnico até dezembro de 2011, com as conclusões dos estudos realizados. Foi proposto e acatado que cada subgrupo tivesse um coordenador, acompanhado de um servidor da ANS. Propôs-se como coordenador do Subgrupo I+Y, o Sr. Sandro Leal da Fenasaúde, acompanhado do

34

35 servidor da ANS, Sr. Bruno Morestrello. Para coordenar o subgrupo do fator X,  
36 elegeu-se a Sra. Hessia Costilla do Proteste, acompanhada do servidor da ANS, Sr.  
37 André Magalhães. Foi acordado ainda que, os membros interessados poderiam  
38 participar simultaneamente dos dois subgrupos, bastando indicar seu interesse para  
39 o e-mail do GT do Reajuste. Além disso, foi acordado que todas as informações de  
40 ambos os subgrupos serão repassadas por este e-mail, para que todos possam  
41 acompanhar o andamento dos trabalhos. Com relação às datas de realização, ficará  
42 a cargo dos coordenadores, sendo certo que, até outubro de 2011 os subgrupos se  
43 reunirãopara conclusão e unificação dos trabalhos, podendo haver reuniões em  
44 outras datas, de acordo com a dinâmica e evolução dos estudos.

45 Ademais, foi ressaltado que a conclusão do grupo de trabalho pode ser tanto  
46 pela manutenção da metodologia atual, como pela mudança. Além disso, a Sra.  
47 Rosana Neves informou que ainda caberá manifestação da Diretoria Colegiada da  
48 ANS e Ministério da Fazenda sobre a eventual implementação do modelo proposto.  
49 Em seguida, foram iniciadas as apresentações dos trabalhos.

50 A primeira palestra foi proferida pela Sra. Paula Hashimoto, economista e  
51 servidora da ANS, sobre “Análise da Eficiência Técnica das Operadoras de Planos de  
52 Saúde com a utilização da Análise Envoltória de Dados”.

53 Inicialmente, foram apresentadas as dimensões do mercado de saúde  
54 suplementar, em número de beneficiários e no total de receitas das operadoras, por  
55 modalidade e por ano. Em seguida, apresentou características da técnica de *Data*  
56 *Envelopment Analysis* – DEA, e o conceito de DMUs – *Decision Making Units*.

57 O trabalho de análise de eficiência técnica das operadoras de planos de saúde  
58 foi realizada utilizando-se como indicadores: Taxa de Cobertura dos Planos de  
59 Saúde; Receitas, Despesas Comerciais, Assistenciais e Administrativas; Índice de  
60 Não Utilização da Rede SUS e Número Médio de Consultas.

61 A análise utilizou o modelo de retornos constantes de escala, com  
62 maximização de *outputs*, e os resultados são segmentados por modalidade. Foram  
63 elaboradas 4 abordagens, com a gama de indicadores escolhida.

64 A primeira abordagem teve as despesas administrativas, despesas comerciais  
65 e despesas assistenciais como *inputs*, e taxa de cobertura e receitas das operadoras  
66 como *outputs*. Cada DMU representava 1 (uma) modalidade em um ano (ex:

67 autogestão 2003, autogestão 2004,...). A primeira abordagem apresenta bons  
68 desempenhos para todas as modalidades, em todos os anos, com exceção da  
69 modalidade de Autogestão nos anos de 2003 a 2006 (período que as Autogestões  
70 ainda não tinha as exigências econômico-financeiras das demais modalidades).

71 A segunda abordagem teve os mesmos indicadores da primeira, porém com  
72 uma visão regional. As regiões Norte e Nordeste apresentaram os piores  
73 desempenhos e a Sudeste os melhores. Em média, a melhor performance foi  
74 encontrada nas empresas classificadas como Cooperativas Médicas.

75 A terceira abordagem teve despesas administrativas, despesas médicas,  
76 despesas comerciais e despesas assistenciais como *inputs*, e a taxa de cobertura, a  
77 receita e o número médio de consultas por beneficiário por ano como *outputs*. Nesta  
78 abordagem se identificaram bons *scores* de eficiência para todas as modalidades e  
79 anos tratados.

80 A quarta abordagem agregou o índice de não utilização da rede SUS aos  
81 outputs, o que Paula destacou como uma visão mais próxima de eficiência buscada  
82 pelo órgão regulador. A quarta abordagem revelou as melhores performances na  
83 região Sudeste e as piores na região Nordeste. Também indicou que, em média, os  
84 melhores *scores* foram alcançados pelas Cooperativas Médicas e os piores pelas  
85 Seguradoras.

86 Paula concluiu com seu trabalho que a segmentação das operadoras por  
87 modalidade é desejável para tratar da questão da heterogeneidade. Também  
88 verificou que os resultados mais relevantes foi verificada quando os dados são  
89 segregados por regiões.

90 Em seguida o Sr. Sandro Leal apresentou seu trabalho sobre Eficiência  
91 Produtiva e Qualidade das Operadoras de Planos de Saúde no Brasil. A palestra teve  
92 início com a diferenciação dos conceitos para Avaliação do Desempenho de  
93 Empresas: produtividade, eficiência técnica e eficiência alocativa.

94 Em seguida apresentou o arcabouço teórico-econômico sobre os métodos de  
95 DEA e SFA – *Stochastic Frontier Analysis*.

96 Destacou que a formulação do modelo deve se pautar por uma relação clara e  
97 quantificável entre os insumos utilizados e o produto gerado, e que nos planos de  
98 saúde é tarefa hercúlea ter certeza desta relação. A definição do produto pode gerar

99 resultados diferentes. E esta, depende dos interesses dos *stakeholders*. Que produto  
100 cada um deseja maximizar no processo/função de produção de custos e benefícios.  
101 Como o produto em saúde não é homogêneo, e o serviço não é um fim em si  
102 mesmo – ou seja – o consumidor, avesso ao risco, adquire o plano para recuperar  
103 sua saúde. Ademais, os modelos de negócios (verticalização) e o ajustamento do  
104 risco (qualidade da rede; grupos etários), são dificultadores para a definição do  
105 produto em saúde. Medir a eficiência da operadora segundo seu resultado em saúde  
106 é outro problema.

107 Na prática, é comum medir o desempenho de sistema de saúde de países  
108 utilizando a expectativa de vida ao nascer. Ou ainda, utilizar os insumos de hospitais  
109 – médicos, enfermeiros, etc – para traçar indicadores de resultados. Destacou que  
110 há poucos trabalhos tanto no Brasil quanto no exterior sobre desempenho de  
111 operadoras de planos de saúde.

112 Citou como exemplo, um estudo do mercado americano de HMO (*Health*  
113 *Management Organizations*) que utiliza como insumo despesas administrativas e  
114 como produto o número de beneficiários.

115 O Sr. Sandro destacou que o seu trabalho é acadêmico e tinha como objetivo  
116 calcular os índices de eficiência técnica das operadoras e identificar os fatores  
117 determinantes dessa eficiência e em especial, sua relação com o indicador de  
118 qualidade IDSS (Índice de Desempenho na Saúde Suplementar) divulgado pela ANS.

119 Foram utilizados os modelos DEA e SFA, , utilizando-se as demonstrações  
120 contábeis de 580 operadoras.

121 Em seguida, apresentou 3 matrizes insumo-produto, conforme sua revisão de  
122 literatura e conhecimento na área de saúde suplementar. Em 2 das 3 visões, o  
123 produto é o número de beneficiários e na outra, os produtos são despesas  
124 assistenciais mais adições às reservas técnicas.

125 Alguns resultados obtidos foram: não foi possível determinar que  
126 determinada modalidade é mais eficiente que outra. Apurou-se também que entre  
127 50 e 60 mil beneficiários a operadora atinge seu máximo de eficiência. Ressalvou  
128 que estes resultados foram gerados dentro de todas as restrições do modelo, com os  
129 dados disponíveis. Portanto, esse resultado não representa uma escala mínima

130 viável para o mercado. Outro resultado demonstrou que pequenas operadoras  
131 apresentam eficiência média elevada.

132 Apresentou as variáveis analisadas: IDSS, Market-Share, Sinistralidade,  
133 Endividamento, e sua influência na Eficiência: negativa e significativa, sem influência  
134 clara; Não significativo, sem influência definida, etc.

135 Concluiu que não seria uma atribuição típica de regulador ranquear empresas  
136 com o modelo apresentado. Apresentou uma extensão do trabalho demonstrando  
137 que apenas 55 empresas obtiveram 100% de eficiência no setor. Num outro *paper*,  
138 a eficiência média pelo tamanho da operadora apresentava um gráfico em "u", ou  
139 seja, com operadoras eficientes com poucas e com muitas vidas.

140 Por fim, apresentou um estudo de caso realizado em sala de aula, com a  
141 combinação de 4 modelos de insumos e produtos diferentes. Demonstrou que o  
142 score de eficiência tinha mudanças significativas com a mudança de apenas de  
143 algumas variáveis.

144 Na segunda parte da reunião, o Sr. Luis Boluda teceu alguns comentários: a  
145 definição da matriz insumo-produto definida deve ter alguma aderência para o  
146 mercado de saúde suplementar como um todo. Os *inputs* propostos inicialmente  
147 pela ANS, tais como preço dos planos, e os *Outputs*, como índice de permanência e  
148 de reclamações de beneficiários, tentam induzir qualidade na visão do órgão  
149 regulador. Diferentemente dos *inputs* e *outputs* utilizados no trabalho apresentado  
150 pelo Sr. Sandro. Outro desafio seria definir agrupamento de operadoras com o  
151 máximo possível de homogeneidade.

152 O Sr. Sandro esclareceu que a única restrição do modelo é relacionar insumo  
153 e produto. Como a ANS tem o poder de polícia do mercado, deve utilizar uma  
154 combinação que não se distancia da função objetivo das intenções e resultados das  
155 operadoras. Acrescentou que as diferentes segmentações desejarão definir funções  
156 objetivos diferentes, e neste ponto é que o trabalho se faz árduo.

157 O Sr. André Magalhães acrescentou que o grupo de trabalho é técnico, e deve  
158 estudar as diversas propostas de segmentações, por porte, por modalidade, ou  
159 outras, que possam ser utilizadas nos modelos, a fim de obter o melhor resultado.

160 O Sr. Bruno Morestrello iniciou sua apresentação sobre o Impacto dos Preços  
161 dos Planos de Saúde no Rendimento dos Beneficiários. Explicou que o trabalho foi

162 motivado por demandas de órgãos de defesa do consumidor que manifestaram  
163 interesse em obter dados sobre o comprometimento da renda dos beneficiários dos  
164 planos de saúde; além do debate ocorrido na 1ª reunião do Grupo Técnico sobre  
165 fatores que devem ser considerados na regionalização do reajuste.

166 O trabalho foi elaborado com base nos dados da PNAD – Pesquisa Nacional  
167 por Amostra de Domicílios, de 2003 e 2008. Todas as análises foram feitas a valores  
168 correntes de 2008. Foi utilizado o Rendimento Mensal Domiciliar per capita – renda  
169 familiar dividida pelo número de componentes da família - como valor do  
170 rendimento dos beneficiários. Tentando estudar a hipótese levantada por alguns  
171 atores de que há uma entrada massiva de planos mais baratos no mercado, e que  
172 isso poderia afetar a aferição do índice de reajuste, estudou-se a evolução do perfil  
173 de rendimentos da população coberta por planos de saúde, utilizando-se como  
174 referência, definições de classes de rendimentos do estudo da FGV “ A Nova Classe  
175 Média”. Neste estudo, as famílias de classe média (classe C) teriam rendimento  
176 mensal familiar entre R\$ 1.065,00 e R\$ 4.591,00. As classes A e B teriam  
177 rendimento acima desse limite.

178 Como a PNAD utiliza rendimento per capita, esses valores foram utilizados  
179 apenas como referência para subdivisão das classes. Observou-se que, no Brasil, a  
180 participação de beneficiários de planos de saúde com rendimento até 3 salários  
181 mínimos saltou de 17% para 21%; entre 3 e 10 salários mínimo de 49% para 53% e  
182 acima de 10 salários de 34% para 27%. . O Sr. Sandro Leal questionou os dados da  
183 região Nordeste, que teve crescimento de renda, porém com aumento da  
184 participação em planos apenas nas classes de até 3 salários mínimos.

185 O Sr. Alexandre Marinho alertou que pessoas que mudaram de classes sociais  
186 de rendimentos, poderia distorcer a participação dos beneficiários em cada classe.

187 O Sr. Bruno Morestrello explicou que o efeito de uma possível mobilidade  
188 social não foi isolado, mas que os dados demonstravam que não houve variação  
189 acentuada da participação de beneficiários em nenhuma classe de rendimentos.

190 Prosseguiu informando que os dados da PNAD 2008 – Suplemento Saúde  
191 apontam que o rendimento da população coberta por plano de saúde é 3 vezes  
192 maior que o rendimento da população não coberta. Destacou que naa região  
193 Nordeste, além de observa-se o menor rendimento mensal, a disparidade entre os

194 rendimentos da população coberta e não coberta por planos de saúde é de 4,3  
195 vezes.

196 Utilizando-se os dados de rendimentos da PNAD e valores da contraprestação  
197 média do Atlas Econômico-Financeiro da ANS média por região, obteve-se o  
198 comprometimento médio da renda com planos de saúde, considerando todas as  
199 formas de contratação de 9,7%. Utilizando uma segunda visão, obteve-se o valor da  
200 contraprestação média alocando-se os beneficiários e as receitas onde a operadora  
201 apresentava mais de 70% de seus beneficiários. Esses dados demonstraram um  
202 comprometimento de renda semelhante ao da primeira visão.

203 A Sra. Mônica Nigri, representante do IESS, mencionou que seria interessante  
204 incluir nos quadros, o número de operadoras de cada região.

205 O Sr. Bruno Morestrello prosseguiu, abrindo os dados entre planos individuais  
206 e planos coletivos. Observou-se que os dados da PNAD 2008, aponta que o  
207 rendimento dos beneficiários vinculados a planos individuais é 1,4 vez maior que os  
208 de planos coletivos.

209 Observando-se ainda o rendimento desses beneficiários (de planos  
210 individuais) x Rendimento da População não coberta, por região, a Região que  
211 possui o maior Rendimento per capita é a região Centro-Oeste, e a que possui a  
212 menor disparidade entre quem tem e não tem plano é a Região Sul.

213 No estudo do comprometimento da renda, foram considerados apenas os  
214 planos com Internação e Parto, forma de contratação mais relevante dentre os  
215 planos individuais (72%) , o que também permite reduzir distorções de preços  
216 médios, decorrentes das diferentes segmentações. Utilizou-se o preço por faixa  
217 etária, capturado do sistema de Notas Técnicas de Registro de Produtos – NTRP da  
218 ANS, por faixa etária (10 faixas da Resolução Normativa 63/04).

219 O impacto do preço do plano individual na renda das diversas regiões,  
220 apontou que há perda de renda da penúltima (54 a 58 anos) para a última faixa  
221 etária (de 59 anos em diante) para todas as regiões, sendo mais significativa na  
222 região Sul (-19%). Apontou também que o intervalo de comprometimento da renda  
223 no Brasil ficou entre 7,7% e 25% na primeira e última faixa, respectivamente.

224 A Sra. Danielle Rodrigues sugeriu que utilize-se a População Economicamente  
225 Ativa para evitar que a população de 0 a 18 anos apresente renda, quando na

226 verdade, esse é um efeito de transferência de renda, de dependentes que não  
227 contribuem na renda familiar. Porém, a Sra. Mônica Nigri ponderou que o preço  
228 estimado para a população de 0 a 18 anos também subsidia as demais faixas  
229 etárias. O Sr. Sandro Leal sugeriu a observação apenas do rendimento do chefe de  
230 família. Sr. Bruno apontou que a região Sul apresenta o segundo maior  
231 comprometimento entre as regiões, pois apresenta os maiores preços médios de  
232 planos individuais e, ao mesmo tempo, e é a região onde há maior perda de renda  
233 de beneficiários acima de 59 anos.

234 Na seqüência, apresentou resultado da regionalização do Índice Setorial,  
235 destacando a disparidade do índice quando são calculados resultados regionais e a  
236 limitação do tamanho da amostra (Das 27 unidades federativas, 13 apresentam  
237 menos de 100.000 vidas em contratos coletivos utilizados para o cálculo do  
238 reajuste), afetando portanto, a proposta de reformulação do índice setorial.

239 Ao final apresentou uma simulação, onde há duas hipóteses: Na primeira  
240 hipótese, o beneficiário de menor rendimento, recebe o menor dos reajustes  
241 regionais e na segunda, recebe o maior reajuste. A diferença entre as hipóteses,  
242 gera um comprometimento de renda entre 29,90% e 38,87%.

243 Conclui com essa análise que, além do Brasil ter dimensões continentais, e  
244 dos custos serem diferenciados por região, a política de regionalização pode gerar  
245 grandes efeitos sobre o comprometimento de renda de beneficiários, principalmente  
246 na última faixa etária, o que deve ser considerado.

247 O Sr. Marcos do IESS, sugeriu que o índice setorial deve seguir a mesma  
248 segmentação do fator de eficiência. Logo, se o fator I for regional, o fator X deveria  
249 ser regional também.

250 A Sra. Rosana Neves encerrou a reunião, agradecendo a participação dos  
251 presentes e informando que as próximas reuniões serão agendadas à medida que os  
252 subgrupos técnicos apresentarem resultados dos seus estudos, conforme  
253 cronograma definido.

254

255

---

Rio de Janeiro, 28 de abril de 2011.