

1
2 **ATA DE REUNIÃO**
3 **CÂMARA TÉCNICA DO NOVO MODELO DE REAJUSTE**
4 **2ª SESSÃO - 10/08/2010**
5

6 Aos dez dias do mês de agosto do ano de dois mil e dez, reuniram-se no
7 auditório do Hotel Florida, nesta cidade, das 14h às 18h, representantes da Agência
8 Nacional de Saúde Suplementar e de instituições do setor de Saúde Suplementar e da
9 Sociedade Civil para a realização da Segunda Câmara Técnica da Nova Metodologia de
10 Reajuste, tendo como objetivo apresentar e discutir as propostas elaboradas pelos
11 diversos atores do setor e representantes dos segmentos do mercado. Nesta ocasião,
12 a Ata da primeira reunião foi assinada pelos presentes.

13 A mesa foi composta inicialmente pelo Diretor-Presidente da ANS, Sr. Maurício
14 Ceschin, pelo Diretor Interino de Normas e Habilitação de Produtos, Sr. Alfredo
15 Cardoso, pelo Diretor Adjunto da DIPRO, Sr. Fábio Fassini, e pela Gerente de
16 Regulação Atuarial dos Produtos, Sra. Rosana Neves (Secretária da Câmara).
17 Posteriormente, juntou-se mesa o Sr. André Magalhães, Especialista em Regulação de
18 Saúde Suplementar - economista e partícipe da coordenação da equipe encarregada
19 de propor uma nova metodologia de reajuste de planos privados de assistência à
20 saúde.

21
22 O Sr. Alfredo Cardoso deu início a Câmara lembrando que todos os atuantes do
23 setor e as entidades de defesa do consumidor tiveram tempo para remeter suas
24 propostas de modelos alternativos aos propostos pela Agência na primeira sessão da
25 CT. Fez algumas considerações, a primeira, foi que a Agência não se furtará em
26 discutir propostas de financiamento e, por isso, não há limitação para a quantidade de
27 sessões da CT; a outra foi sobre a suposta falta de transparência da Agência alegada
28 pelos órgãos de defesa do consumidor, e por este motivo toda documentação utilizada
29 para análise da Agência e das operadoras, e o material utilizado para a criação das
30 propostas serão disponibilizados em breve no sítio da ANS e previamente, as
31 referências bibliográficas em CD.

32
33 A seguir, o Sr. Maurício Ceschin reiterou as palavras do Sr. Alfredo Cardoso,
34 destacando que é um grande desafio gerar riquezas suficientes para garantir acesso

35 da população aos avanços tecnológicos com os custos de saúde crescendo acima dos
36 índices de inflação, e desenvolver modelos de financiamento e processos de gestão
37 que atendam à mudança de perfil demográfico, e que a discussão sobre
38 implementação de reajuste faz parte deste grande desafio. Ressaltou ainda o
39 quantitativo de quarenta e três milhões de brasileiros em planos de saúde, dos quais
40 cerca de sete milhões estão em planos individuais/familiares regulados pela ANS.
41 Observou a necessidade de uma visão sistêmica do setor devido ao interesse público
42 envolvido e a necessidade de sustentabilidade a longo prazo.

43

44 Após a fala do Diretor-Presidente, Sr. Fábio convidou os representantes do
45 setor a apresentarem suas propostas por meio de apresentação oral para o
46 nivelamento do conhecimento. A Abrange foi convidada a iniciar a apresentação,
47 representada pelo Sr. Antônio Westenberguer.

48

49 O Sr. Antônio Westenberguer relatou que sua equipe técnica fez uma pesquisa
50 sobre a aplicação da metodologia *Yardstick Competition* combinada com a *Price Cap*
51 na área de seguros, chegando a conclusão que o segmento é um retrato da área de
52 seguros, pois primeiro recebe receita para depois pagar indenizações pela ocorrência
53 de eventos incertos e futuros. Relatou a dificuldade de encontrar referência objetiva
54 sobre a metodologia, exceto um estudo desenvolvido na Austrália que vislumbrou a
55 vantagem de um sistema de preços monitorados em relação ao *Price Cap*,
56 ressaltando, todavia, as diferenças entre os sistemas de saúde nestes países. A
57 ABRANGE/SINAMGE propôs um índice de preços para o setor, utilizando a
58 metodologia do índice de *Laspeyres*, que consiste em selecionar uma cesta de
59 produtos do próprio rol definido pela ANS utilizando-se como fator de ponderação uma
60 pesquisa realizada por órgãos confiáveis, tais como FGV e FIPE, combinada com a
61 seleção de locais (hospitais, laboratórios, etc.) para a extração de preços. Sobre a
62 questão da solvência, disse que não é possível um modelo aplicável em todo país,
63 pediu mais tempo, e se solidarizou aos esforços da Agência para encontrar uma
64 metodologia adequada de reajuste, de fixação de preços, e definição de regras
65 atuariais e contábeis. A segunda proposta compreende em a ANS permitir que cada
66 operadora possa apresentar pedido de revisão técnica.

67

68 As propostas e considerações da Unimed do Brasil foram comentadas pelo
69 economista André Magalhães da ANS, pois o representante da a operadora não estava
70 presente no momento. Em sua visão a Unimed considera o setor de saúde
71 suplementar competitivo, ponderando, entretanto, que a mobilidade dos beneficiários
72 não está estabilizada e, portanto, algum tipo de regulação por parte da ANS se faz
73 necessária. O Sr. André ressaltou que o grau de competitividade depende da definição
74 de Mercado Relevante. A operadora propôs uma análise cuidadosa do conceito de
75 produtividade em saúde e a construção de um índice de preço que poderia ser
76 realizada a partir do DIOPS com adoção de segmentação, além da possibilidade da
77 revisão técnica, a partir de dados auditados a serem fornecidos para a ANS. A
78 proposta da Unimed ressaltou ainda a necessidade da divulgação de fator Y de uma
79 forma mais célere.

80

81 Posteriormente, a Sra. Solange e o Sr. Maurício Oliveira, representantes da
82 Fenasaúde, ressaltaram que a Fenasaúde encaminhou um parecer econômico e
83 atuarial integrando sua proposta. O Sr. Mauricio apontou a necessidade da
84 fundamentação de falhas de mercado e regulação econômica em seu sentido mais
85 amplo. Os pareceres foram emitidos pelo Sr. Edgar, Professor-Doutor da Unicamp, e
86 pela Sra. Lais Perazo da Towers.

87

88 O Sr. Edgar destacou que o melhor para o setor de saúde suplementar é
89 estimular a concorrência entre as empresas, pois quando isso não ocorre há uma falha
90 de mercado, citando como falhas de mercado a presença de somente um ofertante e
91 as externalidades. Relatou que a maior falha do setor é a assimetria de informação,
92 pois não existem os requisitos típicos para existência de monopólio natural no Setor
93 de Saúde Suplementar.

94

95 Na avaliação do Sr. Edgar o mercado é competitivo, pois não há falhas que
96 deixariam o mercado menos competitivo, do tipo economia de escala, e reiterou que
97 a regulação eficiente promove a concorrência, e que não há monopólios naturais,
98 pois não existem custos irrecuperáveis significativos. O setor oferece um serviço

99 diferenciado, com diversos tipos de planos, cobertura e abrangência, recomendando-
100 se alguma forma de regulação.

101

102 Como exemplo, citou o serviço de telefonia móvel e fixa que oferecem o mesmo
103 serviço, mas têm regulações diferentes. Enquanto a telefonia fixa é regulada por
104 *Price Cap* devido ao monopólio natural, pois a rede física de fios é única e não
105 duplicável; na telefonia móvel, onde não é necessário tanto investimento em rede de
106 fios e a inovação tecnológica é mais ágil e o mercado mais estabilizado, se tem um
107 plano básico e os serviços diferenciados têm preços liberados.

108

109 Finalizando o Sr. Edgard pontuou dois problemas no modelo de *Yardstick*
110 *Competition*. O primeiro foi que ele não responde às características estruturais deste
111 mercado, e o segundo foi a dificuldade do cálculo da produtividade.

112

113 O Sr. Ceschin ponderou que estão discutindo a concorrência para sete milhões
114 de beneficiários de planos individuais e novos e não quarenta e três milhões, e que a
115 ANS não define o preço, mas os percentuais de reajuste para uma parcela do
116 mercado, ou seja, o mercado de planos individuais/familiares.

117

118 A Sra. Lais da Towers pontuou que a regulação de preços atualmente adotada
119 provocou efeitos colaterais no segmento de planos individuais.

120

121 Dando seqüência ao debate, o Sr. Maurício da Fenasaúde afirmou que a
122 proposta de *Price Cap* tem condicionantes no processo (reajustes linearizados) e
123 possibilita válvulas de escape. Ressaltou a necessidade de discutir novos modelos de
124 regulação que incentivem uma maior competitividade no setor e questiona se o
125 objetivo da regulação é proteger os sete milhões que já são beneficiários ou o
126 mercado que poderia abranger toda a população com o setor mais competitivo,
127 numa situação de limite.

128

129 O Sr. Eduardo Oliveira representante da Federação Brasileira de Hospitais - FBH,
130 salientou inicialmente que um índice de preço é de capital importância para a

131 sobrevivência do setor. Mencionou que todos os serviços do país têm seus próprios
132 índices. Além disso, ressaltou a importância da ANS na avaliação da qualidade da
133 prestação de serviços dados pelas operadoras (tamanho da rede/qualificação de
134 serviços) e da inadequada precificação de seus produtos.

135

136 A representante do Proteste, Sra. Polyanna da Silva sugeriu uma análise para
137 avaliar o impacto para os consumidores da nova fórmula de cálculo de reajuste, a
138 partir de dados do passado (por exemplo, o ano de 2009). Defendeu que a
139 simulação poderia esclarecer o impacto do fator I utilizando as diversas modalidades
140 de sua apuração, tais como média dos planos coletivos, dados do DIOPS e índice
141 externo.

142

143 Sobre a regionalização, propõe análises sobre as variáveis que influem na
144 produtividade, a exemplo de carteiras com maior percentual de idosos, operadoras
145 que atuam em regiões geográficas com pouca disponibilidade de rede de serviços e
146 diferenças na governabilidade devido à modalidade de operação. Ressaltou que
147 essas questões determinam a baixa competitividade, a perda da qualidade do
148 serviço e a concentração do mercado.

149

150 A representante do Proteste ressalta, em relação ao fator X, que há a
151 necessidade da utilização de indicadores que reflitam não só a produtividade, mas
152 aqueles que incluam a avaliação dos consumidores, tais como, aceitabilidade,
153 equidade e qualidade. No fator Y, solicitam avaliar se o estudo atuarial já não
154 contempla os fatores exógenos no percentual de margem de risco e qual o critério
155 para retirada desse evento quando deixar de existir.

156

157 O Sr. Fábio Fassini ponderou sobre o risco de envolvimento em questões
158 específicas sobre os fatores do modelo a partir de uma ótica de curto prazo.
159 Ressaltou ainda que a ANS calcula o fator Y anualmente e que o número divulgado
160 pela ANS convergiu que os percentuais calculados por uma consultoria internacional,
161 relativamente ao impacto da última atualização do Rol e que eventuais eventos
162 exógenos são captados continuamente pela ANS.

163

164 Os representantes do IDEC e da Fundação PROCON, Sr. Daniela Trettel e Sra.
165 Luciana Dantas, respectivamente, relataram dificuldade de acesso à documentação
166 que fundamentaram as propostas da ANS. Quanto à nova metodologia, consideram-
167 na subjetiva e de difícil conceituação. Destacaram ainda a necessidade de
168 estabelecimento de divulgação de uma Agenda Regulatória, dada as diversidades de
169 temas que têm sido apresentados pela ANS.

170

171 Segundo a Sra. Daniela, as projeções do impacto do custo para a população,
172 realizadas pelo IDEC, concluíram que se o reajuste continuar acima da inflação, a
173 médio e longo prazo, haverá dificuldades de financiamento para os consumidores e
174 para as próprias operadoras. Apontaram ainda a natureza essencial dos bens e
175 serviços envolvidos no setor de saúde suplementar, sendo necessária a regulação de
176 preços e de reajustes inclusive no que tange aos planos coletivos.

177

178 A Sra. Luciana apontou a necessidade da realização de um estudo prévio com
179 instituições que pudessem avaliar a nova metodologia proposta pela ANS (*Price*
180 *Cap*).

181

182 No tocante ao fator de produtividade, o órgão mencionou que realizou uma
183 avaliação preliminar do Programa de Qualificação das Operadoras. e que a dimensão
184 satisfação do beneficiário tem a menor nota (peso em relação às demais
185 dimensões). Aludiu ainda que critério de tempo de permanência do beneficiário no
186 Programa de Qualificação das Operadoras não indica, necessariamente, a satisfação
187 do cliente. Solicitaram maiores explicações sobre os fatores I e Y, questionando se
188 não há duplicidade de cálculo.

189

190 Apontou finalmente que o PROCON e o IDEC propuseram um novo formato das
191 Câmaras Técnicas, com a possibilidade de uso de vídeo conferência nas Câmaras
192 Técnicas, permitindo a maior participação de outros órgãos de defesa do
193 consumidor.

194

195 O Sr. Fábio Fassini considerou a possibilidade de haver um canal de
196 comunicação complementar via vídeo conferência, apontando, no entanto, a
197 necessidade de realização das Câmaras Técnicas em ambiente físico, dado a
198 questões técnicas, entre outros aspectos.

199

200

Questionamentos e Considerações

201

202 Abrindo a seção de questionamentos e considerações, o Sr. Fábio Fassini
203 salientou que o futuro da Câmara Técnica dependeria da vontade dos participantes,
204 ponderando que se poderia concluir que o modelo já existente é o melhor,
205 resultando em um outro desfecho para a Câmara Técnica.

206

207 Afirma que o modelo *Price Cap* foi importado de um mercado industrial, que é
208 bem diferente de um mercado de saúde. Esse modelo *Price Cap* é o contraponto do
209 modelo *Yardstick* e visa à eficiência econômica. Ressaltou ainda que o modelo de
210 *Yardstick* utilizado pela Agência difere do tradicional, uma vez que considera as
211 empresas que vendem planos coletivos no mercado, e não uma empresa
212 benchmark.

213

214 O Sr. Fábio Fassini observou também que o conceito de concorrência é de
215 difícil mensuração, existindo dois indicadores clássicos que são o C4 e o HHI¹ que
216 medem o *Market Share*, ou a combinação de participação num mercado em que os
217 produtos são homogêneos, o que não é o caso da saúde suplementar. O nível
218 concorrencial da saúde suplementar está no produto e não na empresa.

219

220 Afirma em seguida que todo modelo é uma simplificação da realidade e a
221 melhor forma de melhorar um modelo é aplicá-lo, saindo do âmbito teórico e para o
222 âmbito prático. São as constatações empíricas da utilização desse modelo que irão
223 formatar o seu aperfeiçoamento.

224

¹ Herfindahl-Hirschman, mede o grau de concentração de mercado através da soma dos quadrados dos “markets shares” limitados a 10.000.(100%)²

225 O Sr. Fábio Fassini indaga até que ponto pode-se descolar um estudo de
226 modelo de reajuste do setor com um modelo de financiamento diferenciado, dado
227 que a economia estabelece que os recursos são escassos. Como os desejos são
228 ilimitados, os recursos são escassos e os custos são crescentes, acredita que seja
229 necessária uma abordagem de estrutura de financiamento. Afirma que enquanto não
230 se enfrentar a questão estrutural, o modelo de reajuste só vai refletir as
231 necessidades ilimitadas do setor. Deve-se pensar, portanto, num modelo de
232 eficiência nesse modelo de reajuste para que se faça um contraponto à variação de
233 custo natural do setor.

234

235 O Sr. Fábio Fassini passou a palavra aos convidados para que se iniciasse o
236 debate. A Sra. Lais Perazo (Towers) salientou que o tema da CT é polêmico, com
237 interesses não convergentes, por esta razão necessita de debates. Comenta que seu
238 parecer não defende a desregulamentação do setor, dadas as falhas de mercado,
239 porém aponta que a regulação por preço-teto pode não ser o melhor mecanismo de
240 defesa do consumidor.

241

242 É a favor de um índice de referência considerando a heterogeneidade do
243 mercado, dos produtos e das regiões. Pois do contrário o mercado ficaria sem uma
244 referência para dizer se o índice é bom, alto, justo ou não.

245

246 A Sra. Lais Perazo aponta que regular a assimetria de informação é muito
247 importante, e que deve ser feito através de mecanismos que avaliem a qualidade,
248 dando transparência às informações, criando e incentivando a governança
249 cooperativa. Aponta ainda que dada a especificidade do mercado de saúde
250 suplementar, e a velocidade com que se incorpora tecnologia, não se pode descartar
251 o mecanismo de revisão técnica.

252

253 O Sr. Antônio Westenberger, representante da SINAMGE, relata que o índice
254 de preço é concebido olhando o segmento para o qual se deseja medir. Propõe,
255 assim uma situação bem eclética, onde se tenha uma definição de segmentos, pois é
256 isso que vai dar o tônus da variação de custo. A cesta de definição dos produtos já

257 está definida: o Rol de Procedimentos da ANS. O que falta definir é como seria
258 medida essa cesta.

259

260 O Sr. Bruno Morestrello, economista da ANS, sugere uma revisão dos estudos
261 feitos pela Fundação Procon em conjunto com o IDEC que projeta um descolamento
262 entre o índice ANS e IPCA-SAÚDE de 126% em 30 anos.

263

264 Em seguida, o Sr. Luiz Augusto Ferreira, representante da FIPECAFI,
265 questionou o tempo que levará para que haja uma outra revisão de metodologia,
266 após o término da Câmara Técnica que definirá a nova metodologia de reajuste.
267 Acredita que os próximos quarenta anos serão cruciais, devido à questão da
268 longevidade, pois cada vez mais as pessoas vivem mais. Portanto, o percentual de
269 idosos da população será bem maior que o atual. Afirma que o resultado da CT
270 afetará em longo prazo a vida das pessoas.

271

272 Outro ponto que questiona é como será financiada a previdência e a saúde
273 dessas pessoas que irão viver mais, dadas as restrições existentes como o estatuto
274 do idoso, as segmentações adotadas na Lei n.º 9.656/98, subsídio entre faixas
275 etárias, etc.

276

277 O Sr. Fábio Fassini ressaltou a importância de convergir esforços em prol do
278 usuário e de se repensar a estrutura da oferta do setor de saúde suplementar.
279 Acrescentou ainda que o mercado de saúde suplementar é um mercado de diluição
280 de risco; que as carteiras grandes têm maior possibilidade de obter ganhos de
281 eficiência administrativa e que os custos diretos, embora não gerenciáveis são mais
282 previsíveis nestas carteiras. Ressaltou ainda a possibilidade de utilização de
283 mecanismo de capitalização com vistas a suportar parcialmente o valor das
284 mensalidades dos mais idosos. Aludiu ainda que o nível de regulamentação pode
285 variar em função das características de cada mercado, incluindo-se fatores de
286 concorrência.

287

288 O Sr. Bruno Santos, representante do Ministério da Fazenda, citou que
289 realizou uma pesquisa durante dois meses e concluiu que não existem muitos
290 exemplos internacionais de *Price Cap* que possam ser trazidos para serem aplicados
291 no Brasil nessa área. Salientou ainda a preocupação na definição do fator X. Citou
292 que na Câmara de Regulação de Mercado de Medicamentos, a CMED, esse modelo
293 de teto de preço também é aplicado e o "ajuste fino" é muito difícil na prática, tendo
294 seus prós e contras, além do próprio fator Y naquele mercado.

295

296 Afirmou que a competição no mercado se dá pelo produto em nível municipal
297 e/ou regional, mais localizado e não num âmbito Nacional. Não sendo assim um
298 mercado concorrencial, porém o problema principal nesse mercado é a assimetria
299 informacional. Considerou difícil construir um modelo sem a troca de informações
300 entre as partes. Enxerga o mercado como um tripé: prestadora, operadora e
301 beneficiário. Assevera que hoje ocorre a assimetria de informação principalmente
302 entre as operadoras e os beneficiários.

303

304 O Sr. Bruno Santos colocou ainda que a partir de um estudo realizado
305 constatou-se que em alguns lugares do país o problema é a reduzida oferta de
306 prestadores de serviços (hospitais), prejudicando o nível de concorrência e tornando
307 o custo de capital alto, travando assim as operadoras que não conseguem oferecer
308 mais serviços. Sugere, finalmente, uma reflexão da ANS sobre a relação entre
309 prestadores e operadores, de forma a melhor entender a estrutura competitiva do
310 setor de saúde suplementar.

311

312 O Sr. Fábio Fassini respondeu aludindo que incentivos devem ser tratados de
313 modo a evitar que os aumentos de custos sejam necessariamente repassados ao
314 modelo de reajuste. Apontou a necessidade de capturar a percepção de satisfação
315 do consumidor que não está em carência e que usa o plano de saúde. A percepção
316 de satisfação desse tipo de consumidor tem a ver com acesso. Acrescentou que
317 formatou uma pesquisa de tempo razoável e tempo praticado para se acessar
318 determinado procedimento do rol. Acredita que ao se colocar a disposição do
319 consumidor a oferta de serviço num tempo razoável, atendendo a percepção de

320 qualidade de satisfação desse consumidor, estar-se-á sendo produtivo. Portanto,
321 procura-se medir essas percepções do consumidor para que isso possa formatar o
322 fator de produtividade na linha que os órgãos de defesa do consumidor
323 determinaram.

324

325 O Sr. Fábio aventou que alternativamente ao modelo de *Price Cap* adaptado
326 ao Mercado de Serviços, poder-se-ia elaborar um modelo de regulação mais amplo,
327 onde determinados produtos não seriam objeto de controle de preços. Citou o caso
328 do Plano Referência, cujos preços nas NTRP são mais elevados que os demais
329 produtos. Ressalta ainda as escalas mínimas viáveis no setor de saúde suplementar,
330 e que a variação da volatilidade da sinistralidade pode ser previsível a partir de 200
331 mil vidas. Finalmente, ressaltou que a intervenção na relação entre prestadores e
332 operadoras por parte da ANS é muito frágil, porém pode ser tentado através de
333 incentivos ao prestador.

334

335 O Sr. Edgar, contratado pela Fenasaúde, afirmou que qualquer ação que se
336 faça nesse mercado deve levar em consideração a diferenciação do produto. O
337 pressuposto de que o produto é diferenciado é uma premissa importante, pois
338 justamente por ser diferenciado devem-se constituir vários mercados. Cada produto,
339 cada serviço pode se constituir em um mercado, e dentre esses inúmeros mercados,
340 uns são mais competitivos do que os outros. A causa da menor concorrência num
341 determinado mercado deve ser a pauta para se determinar a atuação da regulação.
342 Ou seja, acredita que onde haja concorrência não deve-se intervir; e onde não há
343 concorrência deve-se então haver uma forma de regulação, intervenção.

344

345 Afirmou que no tripé operadoras, prestadores e beneficiários, os mercados
346 possuem dimensões geográficas distintas, e a definição geográfica dos elos desses
347 tripés não precisam ser necessariamente as mesmas. Ressaltou ainda a relevância
348 de índice de preço de referência, pois se melhora o nível de informação do mercado,
349 porém quando se usa o índice de referência para reajuste de preço, deve-se verificar
350 se esses preços são formados competitivamente.

351

352 O Sr. Edgar reiterou ainda que a principal falha de mercado seria a assimetria
353 de informação que pode existir entre cliente e operadora, entre operadora e
354 prestadora, e entre operadora, cliente e médico. Não há necessidade de uma
355 solução para cada tipo de assimetria e sim uma solução geral, que é aumentar o
356 nível de informação aplicável a cada setor, o que acarretará numa melhora de ajuste
357 de mercado.

358

359 O Sr. Antônio Westenberguer, representante da Abramge/Sinamge, concordou
360 que o avanço no processo regulatório, a longo prazo, levará a regulação do
361 prestador de serviço, enquanto o segmento segurador for intermediador.
362 Acrescentou que baseando-se no livro *Measuring Health Efficiency* considera que o
363 fator X deve ser medido pelo conceito de produtividade ou pelo conceito eficiência
364 (longevidade, qualidade da prestação), utilizando um modelo linear que tenha
365 características econométricas. Propôs reuniões de grupos técnicos para a troca de
366 informações.

367

368 O Sr. Adriano Leite Soares, representante da Unimed, destacou a dificuldade
369 em medir e comparar produtividade na área de medicina, visto as falhas existentes.
370 Segundo sua visão, a maior assimetria de informação se dá entre médico e paciente.
371 Mencionou ainda que acessibilidade deve ser avaliada à luz da real necessidade do
372 paciente. Além disso, a eficiência médica seria mais bem avaliada no longo prazo,
373 enquanto os reajustes da ANS são determinados anualmente.

374

375 Sugeriu a criação de índices de preços segmentados que reflitam os reais
376 custos de cada modalidade de operadora, e finalizou questionando a ANS se ao criar
377 uma cobertura ampla e única não se estaria excluindo, devido ao preço, uma parte
378 da população que pudesse aderir a um plano com cobertura e preço menores.

379

380 O Sr. Sandro Leal da Fenasaúde considera necessária a conceituação do
381 produto da saúde suplementar antes de medir a produtividade. Afirmou que sem a
382 exata definição desse conceito é difícil chegar-se a uma métrica para produtividade,
383 e se a definição não é de gestor do risco assistencial pode-se utilizar a metodologia

384 de fronteiras eficientes e estocásticas de modo a definir formas de comparação,
385 utilizando-se, por exemplo, faixas de índices de verticalização, por modalidade ou
386 por parâmetros que dividam o mercado, de forma a homogeneizar os dados destas
387 operadoras para comparações consistentes.

388

389 A Sra. Luciana Dantas do Procon SP esclareceu que não elencou indicadores
390 para o fator X, mas demonstrou preocupação numa análise preliminar devido à
391 existência de subjetividade. Para exemplificar, utilizou o Programa de Qualificação
392 das Operadoras, pois ao realizar a avaliação deste programa, chegou à conclusão
393 que os indicadores deste programa seriam insuficientes, uma vez que a permanência
394 no plano não dimensiona adequadamente a satisfação do beneficiário. O Sr. Alfredo
395 Cardoso sugeriu a proposição de um índice de satisfação pelo PROCON/IDEC, o qual
396 mencionou um índice de baseado no volume de demandas judiciais por operadora.

397 A Sra. Cristiana Lopes propôs mais uma rodada de coleta de sugestões dada a
398 flexibilização do cronograma para apresentação de outras formas de reajuste, além
399 da proposta pela ANS, com estruturação do que deve conter nesta proposta. Para
400 ela, na proposta devem ser analisados quais são os incentivos à concorrência
401 considerados saudáveis, devendo-se levar em consideração a revisão técnica, a
402 relevância da diferenciação dos produtos e revisitar a motivação da regulação de
403 reajuste, ou seja, explicitar os problemas econômicos existentes no setor, que
404 justificam a intervenção do regulador, que no caso em tela atualmente se traduz no
405 controlo dos reajustes de todo o segmento de planos individuais e familiares
406 contratados pós Lei.

407

408 O Sr. Alfredo ressaltou que o modelo proposto (*Price Cap*) foi colocado
409 comparativamente ao modelo atual, uma vez que este já foi apresentado em
410 Câmara de Saúde Suplementar em março do ano passado sob a gestão do antigo
411 Diretor-Presidente da ANS. Ressaltou que a Câmara Técnica irá durar enquanto
412 houver propostas, garantindo a possibilidade de mais uma Câmara Técnica com esta
413 finalidade exclusivamente.

414

415 A Sra. Daniela Trettel solicitou informação sobre a lei que não permite a
416 discussão do reajuste coletivo pela ANS. E reiterou que qualquer reajuste muito
417 acima da inflação afetará a renda do trabalhador e apontou a necessidade de discutir
418 o financiamento do setor a longo prazo.

419

420 A Sra. Solange da Fenasaúde sugeriu que a ANS divulgasse os estudos e
421 modelos realizados na Agência. Respondendo a Solange, o Sr. Alfredo Cardoso
422 informou que a Agência realizou uma análise dos prós e contras das propostas
423 enviadas e poderia disponibilizar essas informações.

424

425 O Sr. Fábio Fassini propôs alternativamente uma discussão preliminar à
426 Câmara Técnica entre os grupos técnicos contratados pelos representantes e a
427 equipe de técnicos da ANS.

428

429 Ao final da reunião foi definido que a próxima reunião será realizada em torno
430 de quarenta dias, dependendo de questões administrativas e burocráticas.

431

Rio de Janeiro, 10 de agosto de 2010.

Maurício Ceschin Diretor Presidente – ANS	
Alfredo Luiz de Almeida Cardoso Diretor da DIPRO	Leandro Reis Tavares Diretor da DIFIS
Fábio Dantas Fassini Gerente-Geral Econômico Financeiro e Atuarial dos Produtos – ANS Presidente da Câmara Técnica	Rosana Vieira das Neves Gerente de Regulação Atuarial dos Produtos – ANS Secretária da Câmara Técnica
Marcelo Fernandes Motta	Adriano Leite Soares

Gerente de Análise Econômico-Financeira dos Produtos – ANS	UNIMED DO BRASIL
Alex Urtado Abreu GGEFP/DIPRO	Ana Cristina Pereira Lopes GECOS/PROGE
André Almeida Magalhães GGEFP/DIPRO	Antonio Westenberger Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo - SINAMGE
Bruno Botelho OUIDORIA/ANS	Bruno Eduardo dos Santos Ministério da Fazenda
Bruno Santoro Morestrello GGEFP/DIPRO	Luciana Dantas PROCON São Paulo
Daniela Trettel Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor -IDEC	Eduardo Oliveira Federação Brasileira dos Hospitais
Erimar Carlos Brehme de Abreu Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas -CMB	Geraldo Almeida Lima Sindicato Nacional das Cooperativas de Odontologia de Grupo - SINOG
Polyanna da Silva Proteste - Associação de Consumidores	Iolanda Ramos União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde -UNIDAS

<p>João Paulo Pereira de Souza GECOS/PROGE</p>	<p>José Alves de Souza Neto Cooperativa de Serviços Odontológicos - UNIODONTO</p>
<p>José Douglas Oliveira do Nascimento GGEFP/DIPRO</p>	<p>Kylza Aquino Estrella de Souza GGTAP/DIPRO</p>
<p>Luciana Souza da Silveira DIRAD/DIDES</p>	<p>Luis Carlos Pereira Jelba Boluda DIOPE</p>
<p>Luiz Augusto Ferreira Carneiro Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Financeiras - FIPECAFI</p>	<p>Marco Antonio Antunes da Silva Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização -FENASAÚDE</p>
<p>Maurício Nunes da Silva GERPS/DIDES</p>	<p>Maurício Espasandim Miranda GGEFP/DIPRO</p>
<p>Paulo Augusto Pettenuzzo de Brito Secretaria de Direito Econômico-SDE/MJ</p>	<p>Raquel Medeiros Lisboa GERPS/DIDES</p>
<p>Roberto Queiroz Gurgel Associação Médica Brasileira</p>	<p>Sidney Araújo de Menezes União nacional das Instituições de</p>

	Autogestão em Saúde –UNIDAS
<p>Solange Beatriz Palheiro Mendes Federação nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização - FENASAÚDE</p>	<p>Wagner Barbosa de Castro Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo -SINAMGE</p>
<p>Leandro Fonseca DIFIS/ANS</p>	<p>Bruno Sobral DIOPE/ANS</p>
<p>Renato Cerceau OUVID/ANS</p>	<p>Carla Soares DIPRO/ANS</p>
<p>João Matos DIGES/ANS</p>	<p>Fátima Mendes PROGE/ANS</p>
<p>Cristiana Lopes Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização - FENASAÚDE</p>	<p>Lucila Rocha PROGE/ANS</p>
<p>Laís Perazo Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização - FENASAÚDE</p>	<p>Maurício Lopes Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização -FENASAÚDE</p>

<p>Edgar Pereira Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização - FENASAÚDE</p>	<p>Sandro Leal Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização -FENASAÚDE</p>
	<p>-</p>