

1  
2  
3 **ATA DE REUNIÃO**  
4 **CÂMARA TÉCNICA DO POOL DE RISCO**  
5 **2ª REUNIÃO - 15/02/2012**  
6  
7

8 Aos quinze dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e doze, reuniram-se na  
9 sede da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no Rio de Janeiro, das 14h às  
10 17h, representantes da ANS e de instituições do setor de saúde suplementar e da  
11 sociedade civil para a realização da 2ª Reunião da Câmara Técnica do Pool de Risco. A  
12 assinatura desta ata está disposta na lista de presença, em anexo.

13 A diretora-adjunta de Normas e Habilitação de Produtos da ANS, Carla Soares,  
14 agradece a presença dos representantes. Comunica que será necessária mais uma  
15 reunião da Câmara Técnica de Pool de Risco, mediante as contribuições enviadas à  
16 ANS. Pontua que a reunião decorrerá de apresentação das contribuições recebidas e  
17 de alguns informes importantes para a Câmara Técnica. Desculpa-se pela sua  
18 ausência no decorrer da reunião, devido a compromissos da ANS e pela ausência do  
19 Diretor-Presidente da ANS, Mauricio Ceschin, que está em reunião da Diretoria  
20 Colegiada.

21 Passada a palavra para Rosana Neves, Gerente-Geral Econômico-Financeiro e  
22 Atuarial dos Produtos da ANS, esta agradece a presença de todos na reunião. Diz que  
23 os estudos a serem apresentados são de coordenação de Bruno Ipiranga,  
24 Especialista em Regulação de Saúde Suplementar. Pontua que a reunião decorrerá de  
25 apresentação das contribuições enviadas por algumas entidades, seguida dos estudos  
26 sugeridos em reunião da Câmara Técnica anterior. Rosana Neves dá por aberta a 2ª  
27 reunião da Câmara Técnica de Pool de Risco.

28 Dando início a apresentação das contribuições, Rosana Neves diz que a ANS  
29 recebeu as considerações das seguintes entidades: Instituto Brasileiro de Atuária  
30 (IBA), que é convidado da Câmara Técnica, Federação Nacional de Saúde  
31 Suplementar (FenaSaúde), Unimed-Rio e Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor  
32 (IDEC).

33 Rosana Neves relembra que o pool de risco se propõe a dar um único reajuste a  
34 todos os contratos coletivos com menos de 30 vidas. Na última reunião foi

35 apresentado que há uma grande volatilidade dos reajustes aplicados aos contratos  
36 coletivos e foi identificado que a partir de 2.000 vidas os reajustes se estabilizam.

37 Segundo considerações do IBA, 30% das operadoras possuem menos de 2.000  
38 beneficiários e essas operadoras não tem na sua carteira a quantidade necessária de  
39 beneficiários para dar conta da redução da volatilidade do reajuste. Argumenta  
40 também que os planos individuais são 30% mais caros que os planos coletivos e  
41 várias operadoras não mais comercializam planos individuais, evitando o ingresso de  
42 beneficiários. As sugestões do IBA são em relação à periodicidade do reajuste: as  
43 operadoras que praticam o modelo sugerido pela ANS devem calcular os reajustes  
44 mensalmente, considerando o mês de aniversário dos contratos. O IBA ainda sugere  
45 que o percentual de reajuste a ser aplicado não deve ser regulado pela ANS, que o  
46 cálculo do reajuste deveria ser estratificado por segmentação e que deveria haver  
47 uma avaliação atuarial da carteira individual com intuito de motivar a comercialização  
48 dos planos individuais.

49 Em relação às contribuições da FenaSaúde, a entidade prioriza a liberdade e  
50 flexibilidade com a formação de diversos pools de risco segundo critérios técnicos  
51 atuarialmente embasados. Os pools de risco que não estivessem de acordo com a  
52 norma devem ser redefinidos. As operadoras que tivessem pools de risco inadequados  
53 ao normativo disponibilizariam as notas técnicas para a ANS. As operadoras deveriam  
54 publicar em seus *sites* os percentuais de reajuste e a norma valeria apenas para  
55 contratos coletivos celebrados após a vigência do normativo. A FenaSaúde propõe  
56 prazo para as operadoras se adequarem à norma e que a vigência se dê ao fim do  
57 ciclo de aditamento exigidos pelas RN's 254 e 279. Propõe também a definição de  
58 uma regra para contratos com beneficiários próximos a 29 vidas, a exclusão dos  
59 planos odontológicos da vigência da norma e que os reajustes sejam calculados  
60 mensalmente com referência nos 12 meses anteriores e considerando o mês de  
61 aniversário do contrato.

62 As contribuições da Unimed-Rio propõem que haja restrição da metodologia de  
63 pool de risco para contratos com instrumento contratual registrado para pequenas  
64 empresas com até 29 vidas, não incluindo contratos de empresas de médio porte que  
65 podem eventualmente apresentar menos de 30 vidas. O pool deve conter contratos  
66 com características comuns, não apenas por quantidade de vidas, considerando

67 também o tipo de contratação, carência e regras de subscrição. O reajuste não deve  
68 necessitar de prévia autorização da ANS e não deve haver limitação do percentual  
69 pela ANS. As regras do pool de risco não devem prejudicar a solvência da operadora e  
70 que seja possibilitada a revisão técnica da carteira, pois poderia estimular a anti-  
71 seleção e diminuir o agravamento da situação de carteiras já deficitárias. O reajuste  
72 calculado pelo pool de risco deveria ser um teto, estimulando o equilíbrio econômico-  
73 financeiro da carteira e preservando a livre negociação. A Unimed-Rio sugere a  
74 possibilidade de argumentação por parte do contratante da quebra de contrato pela  
75 operadora, dando um risco de cancelamento do plano e/ou ajuizamento de ações para  
76 a manutenção das regras atuais previstas no contrato, isso considerando a hipótese  
77 de que a regra exigiria um aditamento em todos os contratos vigentes. As novas  
78 regras devem ser aplicadas apenas em contratos celebrados a partir da vigência da  
79 futura resolução, dando um prazo de adaptação para as operadoras de, no mínimo,  
80 120 dias. Sugere ainda a segmentação do reajuste por produto ou por faixa de  
81 sinistralidade.

82 Rosana Neves diz que é uma prática comum das operadoras identificar os  
83 contratos que contêm alta sinistralidade e calcular percentuais de reajuste diferentes  
84 pela faixa sinistralidade dos contratos.

85 O IDEC identifica que no mercado de saúde suplementar há aumento da oferta  
86 de planos coletivos e diminuição da oferta de planos individuais. A comercialização de  
87 planos coletivos a partir de 3 beneficiários representa uma falsa coletivização. Os  
88 consumidores são estimulados a ingressar em determinadas associações, sindicatos  
89 ou utilizar um CNPJ para conseguir um contrato coletivo sob a ilusão de pagarem mais  
90 barato. As operadoras possuem liberdade para reajustar os contratos coletivos e  
91 podem rescindir esses contratos unilateralmente. Há falta de transparência na  
92 metodologia de reajuste e falta de informação aos consumidores, sendo uma conduta  
93 ilegal segundo os artigos 6º; 31; 51, X do Código de Defesa do Consumidor e artigo  
94 16, XI da Lei n.º 9.656. A prática da seleção de risco é abusiva, pois maximiza o lucro  
95 e minimiza a utilização do serviço. Sugere que os reajustes anuais dos contratos  
96 coletivos devam ser regulamentados e submetidos a autorização da ANS, e que haja  
97 proibição da rescisão unilateral pelas operadoras. O IDEC afirma que a aplicação do  
98 reajuste por sinistralidade deve ser considerada ilegal, pois é uma variação de preço

99 não prevista em contrato. Sugere que os estudos de pool de risco devem levar em  
100 consideração questões de interesse público e respeito aos direitos do consumidor.  
101 Sugere ainda medir a concentração existente no mercado na análise da sinistralidade  
102 e analisar a precificação dos contatos.

103 De todas as contribuições das instituições, os principais pontos abordados  
104 foram: a aplicação do percentual de reajuste mensal, considerando o mês de  
105 aniversário dos contratos, sendo um cálculo mensal atualizado de acordo com os 12  
106 últimos meses disponíveis na despesa; a validade da norma apenas para contratos  
107 celebrados após a sua vigência; definição de uma regra para contratos cujo número  
108 de beneficiários varia próximo a 29 vidas; exclusão dos planos exclusivamente  
109 odontológicos do pool; considerar o reajuste calculado pelo pool apenas como um  
110 teto; estratificação do reajuste do pool; e autorização da ANS para aplicar o reajuste  
111 no pool.

112 Aberta a palavra para o debate das sugestões, Ricardo Escórcio da Unimed  
113 expõe que é necessário dar atenção à variabilidade do número de vidas no pool e  
114 como encarar esta situação. Diz que as características do mercado entre grandes e  
115 pequenos comércios são diferentes entre si e que o intuito é como o pool ficaria bom  
116 para todos, inclusive para o beneficiário. Diz ainda que as contribuições do IDEC  
117 contêm pontos de vista mais ideológicos do que técnicos . Conclui que o ponto mais  
118 importante é descobrir quais empresas praticam preços artificialmente baixos e  
119 aplicam um reajuste alto.

120 Maurício Lopes da FenaSaúde diz que as propostas da entidade se baseiam em  
121 manter um mercado estável e simples de operacionalizar. Argumenta que o mercado  
122 já opera com um pool, no melhor modelo mutualista. Contextualiza que para ter uma  
123 regulamentação eficaz, que não tire a flexibilidade das operadoras em formarem seus  
124 pools de risco, ela deve ser uma regulamentação principiológica e não exaustiva, indo  
125 mais aos moldes da CONSU n.º 8. Sugere que a regulação não seja retroativa, de  
126 modo a permitir um processo mais fácil, mantendo o pacto jurídico perfeito entre as  
127 partes, e que seja dado prazo de adaptação. Diz ainda que é necessário discutir na CT  
128 o melhor formato de operacionalização das metodologias dentro da ANS e depois  
129 levando ao longo do tempo para os clientes. Sugere ainda que as entidades tenham

130 acesso aos estudos técnicos para chegar a critérios mínimos de sustentabilidade que o  
131 pool deveria ter.

132 Rosana Neves lembra que, na questão dos princípios da regulamentação, a  
133 idéia inicial da Câmara Técnica era dar um único reajuste para todos os contratos com  
134 menos de 30 vidas, pois se houvesse diversas regras para agregar esses contratos  
135 acabaria com o princípio da distribuição do risco entre esses contratos e se manteria a  
136 variabilidade do reajuste que se tem hoje. O problema identificado é que todos esses  
137 contratos com menos de 30 vidas têm um percentual de reajuste muito alto  
138 justamente porque a massa é insuficiente para diminuir o impacto da utilização desses  
139 contratos. Diz ainda que a ANS tem a mesma dificuldade de definir qual seria a regra  
140 de segmentar o reajuste e que no final não se conseguiria atingir o objetivo primordial  
141 da Câmara Técnica que é dar qualidade, deixar uma metodologia simples e  
142 transparente, feito de uma forma técnica e que a operadora tenha sua despesa  
143 recomposta e que as cláusulas do contrato e a metodologia estejam bem claras para o  
144 consumidor.

145 Maurício Lopes da FenaSaúde diz que não há possibilidade técnica de um  
146 mesmo reajuste para pools de risco cujas características são diversificadas. Diz que na  
147 análise do pool de risco devem ser levadas em consideração coisas homogêneas, a  
148 formatação da Nota Técnica Atuarial tem que prever um conceito mínimo do que é  
149 sustentável dentro do pool de compartilhamento de risco e se for bem calculado há de  
150 ser consistente, trazendo equilíbrio para o segmento onde a operadora atua.

151 Ricardo Escórcio da Unimed diz que se preocupa em mexer demais na  
152 regulamentação, podendo prejudicar a mobilidade do mercado, o que não é bom para  
153 as operadoras e para a sociedade, pois o cliente pode perder o direito de escolha.  
154 Sugere olhar o preço dado ao cliente pelas operadoras ao ingressar no plano coletivo,  
155 argumentando que se o preço estiver mal calculado resultará em um reajuste maior.

156 Tainá Leandro da Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça diz  
157 que a última coisa que se espera de uma agência reguladora é que ela sirva como  
158 meio e caminho para a homogeneização de preços e que a exigência da informação  
159 dos preços dos produtos pela ANS tem de ser feita com bastante cautela, pois a  
160 definição de preços mínimos pode ser algo positivo na perspectiva atuarial, mas por  
161 outro lado pode trazer uma diminuição da competição e uma marginalização de preço

162 do mercado. Critica a proposta da FenaSaúde de divulgação do reajuste nos sites,  
163 alegando que esse tipo de publicidade cria um ponto focal no mercado, em que as  
164 empresas conseguem perceber os reajustes aplicados entre si, e desse maneira as  
165 operadoras podem homogeneizar os reajustes e diminuir a competição no mercado.

166 Marcelo Motta, Gerente de Monitoramento Econômico dos Produtos da ANS,  
167 esclarece que os dizeres do Ricardo Escórcio da Unimed, em termos de preço de  
168 entrada, tem a ver com a Nota Técnica de Registro de Produto, que a ANS já colhe.

169 Rosana Neves complementa que essa é uma forma de monitorar o mercado e  
170 os preços do setor, mas a ANS não faz tabelamento de preço, apenas exige que seja  
171 praticado um preço mínimo informado na NTRP . A ideia é que a ANS comece a coletar  
172 dados para ter conhecimento dos preços praticados no setor de planos coletivos, e a  
173 publicação do reajuste iria gerar uma concorrência no mercado.

174 Cristiana Lopes da FenaSaúde esclarece que a publicação dos percentuais nos  
175 sites das operadoras e a regra de metodologia de pool para até 29 vidas apresentadas  
176 como sugestões da entidade, são, na realidade, propostas inicialmente feitas pela  
177 ANS.

178 Alexandre Pereira da Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça  
179 diz que, a principio, é favorável à regulação do pool de risco, desde que feito de  
180 maneira adequada pode trazer benefícios para os consumidores e para o mercado e  
181 salienta que a entidade irá encaminhar suas sugestões o mais breve possível.

182 Marcelo Motta comenta que a idéia do pool de risco de até 30 vidas é  
183 justamente por conta da massa ter pouca possibilidade de movimentação pela  
184 obrigatoriedade do cumprimento de carência. Comenta também que uma situação é  
185 divulgar o percentual e o preço de um produto numa região com bastante  
186 concorrência, outra situação é fazer esse tipo de divulgação em regiões onde existam  
187 uma ou duas operadoras.

188 Rosana Neves dá sequência à reunião apresentando o primeiro estudo que  
189 mostra a distribuição de contratos pelo número de vidas no contrato e a distribuição  
190 de beneficiários pelo número de vidas no contrato. Esclarece que na primeira reunião  
191 foi mostrada essa mesma distribuição considerando a quantidade de beneficiários nos  
192 comunicados de reajuste, e que desta vez levou-se em consideração os beneficiários  
193 constantes dos contratos aos quais eram vinculados os comunicados.

194 Rosana Neves expõe que esse estudo teve o intuito de identificar a  
195 concentração no setor de contratos com poucas vidas. Na planilha apresentada na  
196 reunião anterior da Câmara Técnica, 86% dos contratos da base do RPC possuíam até  
197 30 vidas. Na nova planilha, considerando-se os comunicados atrelados a um número  
198 do contrato, houve uma significativa redução no número de contratos com apenas  
199 uma vida, mas a representatividade dos contratos com até 30 vidas permaneceu  
200 estável, com 85% dos contratos da base do RPC.

201 Maurício Lopes da FenaSaúde comenta que o cadastro da RAES tem 91% dos  
202 contratos no Brasil com menos 20 beneficiários, sendo mais concentrado no baixo  
203 grupo do que o próprio cadastro da ANS. Com isso, conclui-se que há um grande  
204 número de empregadores com baixo número de empregados.

205 Rosana Neves, dando continuidade à apresentação dos estudos técnicos,  
206 mostrou a distribuição do número de beneficiários nos contratos na base de  
207 comunicados de reajuste. A proporção acumulada dos beneficiários em contratos  
208 coletivos com até 30 vidas fica em torno de 8%, mantendo o panorama da  
209 distribuição de beneficiários apresentada na reunião anterior da Câmara Técnica.

210 Em relação às autogestões, verificou-se que há 54 delas com contratos  
211 coletivos ativos, sendo que 15 destas possuem contratos com menos de 30 vidas.  
212 50,3% dos contratos dessas 15 autogestões possuem menos de 30 vidas. A princípio,  
213 mesmo com baixa representatividade de beneficiários, não foi encontrado motivo para  
214 excluir as autogestões da regra do pool de risco.

215 Outro estudo apresentado foi em relação aos planos exclusivamente  
216 odontológicos, em que foi identificado que não existe um comportamento que  
217 diferencie o grupo dos contratos com menos de 30 vidas dos demais. O reajuste de  
218 até 20% representa em torno de 97% dos beneficiários de toda a carteira de planos  
219 coletivos odontológicos. Um gráfico com a distribuição da média dos reajustes dos  
220 planos coletivos exclusivamente odontológicos mostra que existe uma variabilidade  
221 em torno do reajuste de 3%, demonstrando que a média dos reajustes aplicados nos  
222 planos odontológicos gira em torno desse percentual independentemente do número  
223 de vidas. Outro gráfico, dessa vez mostrando a dispersão do reajuste, mostra que a  
224 linha de tendência não identifica uma grande variabilidade dos percentuais aplicados

225 em relação à quantidade de beneficiários no contrato. Os estudos justificariam a  
226 exceção dos planos exclusivamente odontológicos da regra do pool de risco.

227 Em relação ao segmento médico-hospitalar, em 71,2% das operadoras, os  
228 contratos coletivos com menos de 30 vidas têm pouca representatividade, com uma  
229 proporção de beneficiários de 0% a 25% da sua carteira. 67% dos beneficiários  
230 atrelados a contratos com menos de 30 vidas estão nessas operadoras. Apenas 1,1%  
231 dos beneficiários de contratos com menos de 30 vidas estão em operadoras cujos  
232 contratos com menos de 30 vidas representam mais de 75% da carteira de planos  
233 coletivos. Rosana Neves comenta que essas informações mostram a  
234 representatividade do pool de risco dos contratos com menos de 30 vidas nessas  
235 operadoras.

236 Cristiana Lopes da FenaSaúde argumenta que se 20% dos beneficiários de uma  
237 operadora estão em planos de até 30 vidas, isso representa muito mais em proporção  
238 de faturamento, uma vez que o tíquete médio de pequenas e médias empresas é  
239 muito maior que o tíquete de apólices de contratos maiores. O percentual de  
240 beneficiários pode representar muito mais em termos de faturamento e custos, sendo  
241 um peso expressivo na proporção das operadoras.

242 Maurício Lopes da FenaSaúde complementa que o contrato de pequenas e  
243 médias empresas tem um tíquete médio mais alto que o plano empresarial, tendo  
244 uma razão para isso. A operação de PME é substancialmente mais custosa do que a  
245 operação de contrato de grande grupo. Comenta que 20% em número de  
246 beneficiários representa muito mais em faturamento e substancialmente mais em  
247 operação.

248 Rosana Neves diz que na base do RPC não há informações sobre o tíquete  
249 médio, apenas é informado o percentual de reajuste aplicado e o número de vidas,  
250 não sendo possível fazer a avaliação do argumento apresentado com as informações  
251 disponíveis na ANS.

252 Dando continuidade à apresentação dos estudos, Rosana Neves mostrou a  
253 representatividade dos contratos com menos de 30 vidas por unidade federativa. O  
254 objetivo era identificar a existência de concentração de contratos com menos de 30  
255 vidas nas unidades federativas. Em termo de proporção de operadoras que  
256 comercializam contratos com menos de 30 vidas, foi identificado que Minas Gerais e



257 São Paulo tem a maior proporção de operadoras que comercializam contratos com  
258 menos de 30 vidas. Em relação à proporção de beneficiários em contratos com menos  
259 de 30 vidas, São Paulo e Rio de Janeiro apresentam os maiores índices. São Paulo e  
260 Rio de Janeiro também apresentam a maior proporção do total de beneficiários em  
261 cada operadora. Rosana Neves conclui dizendo que a maior concentração de  
262 comercialização de contratos coletivos com menos de 30 vidas é na região sudeste,  
263 em que São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro obtêm as maiores proporções de  
264 beneficiários, contratos e operadoras e onde têm a maior concentração de PME.

265 Rosana Neves apresenta um estudo que mostra a quantidade de beneficiários  
266 agrupando-se contratos com menos de 30 vidas por operadora. Verifica-se que a  
267 maior proporção de beneficiários está em operadoras que reúnem mais de 2.000  
268 beneficiários com contratos com menos de 30 vidas, porém a maior proporção de  
269 operadoras reúne menos de 2.000 beneficiários com esses contratos. Admite-se que a  
270 volatilidade do reajuste consegue ser reduzida quando se atinge pelo menos 2.000  
271 vidas na carteira. Observa-se que apenas um quarto das operadoras conseguiriam  
272 reunir mais de 2.000 beneficiários com contratos de menos de 30 vidas, no entanto,  
273 em termos de beneficiários, quase 90% estariam em operadoras que agregam mais  
274 de 2.000 beneficiários com estes contratos, obtendo-se uma distribuição de risco  
275 suficiente dentro de um pool.

276 Ricardo Escórcio da Unimed considera que deve-se tomar cuidado ao se definir  
277 uma única regra para todas as operadoras, tendo em vista que o problema está  
278 concentrado em uma menor proporção delas.

279 Maurício Lopes da FenaSaúde esclarece suas dúvidas quanto a apresentação  
280 dos contratos por unidade federativa, argumentando que está se falando de um  
281 mercado competitivo, representativo e, em teoria, autorregulado. Diz que o mercado  
282 de pequenas e médias empresas tem as mesmas características dos antigos planos  
283 individuais, em que o custo de aquisição de clientes é alto, assim como a  
284 operacionalização de manutenção.

285 Bruno Morestrello, Especialista em Regulação da ANS, expõe sua opinião quanto  
286 aos esclarecimentos de Ricardo Escórcio da Unimed, dizendo que a maior parte do  
287 mercado necessitaria de uma regulação em relação ao pool de risco pela condição  
288 exposta nos estudos, de que as operadoras não conseguem atingir um número

289 suficiente de vidas para estabilização do reajuste. A regra atingiria a maior parte das  
290 operadoras e geraria algum tipo de benefício para os beneficiários em relação à  
291 estabilização do reajuste, mesmo considerando que a maior parte dos beneficiários  
292 estejam numa pequena parcela das operadoras.

293 Ricardo Escórcio da Unimed diz que tem muito mais a ver com a concentração  
294 demográfica do que com uma dificuldade regulatória. Comenta ainda os dizeres de  
295 Marcelo Motta, argumentando que a carência não diminui a mobilidade, porque nos  
296 grandes centros urbanos todas as empresas trabalham, praticamente, sem carência  
297 para atrair o segmento de PME. Em tese, a carência seria uma barreira, mas onde há  
298 competição a barreira é minimizada.

299 Bruno Ipiranga, Especialista em Regulação da ANS, esclarece que o problema  
300 está no reajuste dos contratos com menos de 30 vidas. O intuito do pool de risco é  
301 juntar os contratos com menos de 30 vidas numa operadora para que seja dado um  
302 reajuste único. Tendo em vista que a estabilização do reajuste se verifica a partir da  
303 união de pelo menos 2.000 beneficiários, observa-se que cerca de 90% dos  
304 beneficiários, que estão em operadoras que conseguem reunir mais de 2.000  
305 beneficiários com contratos com menos de 30 vidas, teriam um reajuste equilibrado.

306 Daniela Trettel da Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça diz  
307 que embora exista no mercado alguns locais em que há competição e que pode haver  
308 compra de carência, o que é observado é um grupo de contratos que recebe altos  
309 percentuais de reajuste por conta de uma alta sinistralidade e sofre ameaça de  
310 rescisão ou tem o contrato rescindido unilateralmente. As pessoas ficam no mercado  
311 de planos de acordo com as regras de carência para contratos com menos de 30 vidas  
312 e sem a possibilidade portar carência. Reforça que do ponto de vista do consumidor  
313 há muitos problemas e, estudando a judicialização, é possível enxergar nos Tribunais  
314 Superiores um aumento de demanda relativas a rescisões unilaterais de contratos  
315 coletivos e problemas relativos a reajustes.

316 Tainá Leandro da Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça diz  
317 que os cenários expostos são conflitantes e importantes, e que é fundamental definir  
318 o cenário que se está lidando para se adotar uma política ou outra.

319           Cristiana Lopes da FenaSaúde, a respeito da manifestação de Ricardo Escórcio  
320 da Unimed, deixa claro que a decisão das empresas de manter a comercialização de  
321 planos individuais ou não é estritamente empresarial.

322           Ricardo Escórcio da Unimed diz que sair de um segmento é decisão estratégica  
323 da operadora, reforça que não se pode tratar da mesma forma as operadoras que  
324 tiveram a intenção de driblar o reajuste dos planos individuais regulamentado pela  
325 ANS e as operadoras que não tiveram essa intenção.

326           Fábio Schwartz, Defensor Público Geral do Estado do Rio de Janeiro, diz que a  
327 ANS não pode tomar a decisão da regulamentação unicamente com uma visão  
328 mercadológica, existindo outros pontos a serem levados em consideração, inclusive a  
329 legislação. Baseado na busca do equilíbrio deve-se ver que há uma distorção,  
330 demonstrada através de números. As operadoras não podem pautar a existência do  
331 problema com base na judicialização. Comenta que as pessoas que recorrem ao  
332 judiciário estão relegadas porque não há uma regulação clara. Havendo uma  
333 regulação clara que traga equilíbrio, estaríamos protegendo aqueles que hoje sequer  
334 tem uma condição de procurar proteção.

335           Retomando a apresentação, Rosana Neves apresentou outro estudo, dessa vez  
336 uma simulação de como seria o pool de risco: a média dos reajustes por operadora  
337 em contratos com menos de 30 vidas. Foram identificadas faixas de reajuste, a  
338 proporção de operadoras que aplicariam reajustes dentro dessas faixas e a proporção  
339 de beneficiários atingidos por esses reajustes. Com o pool de risco, aproximadamente  
340 60% das operadoras aplicariam até 10% de reajuste nos contratos com menos de 30  
341 vidas, atingindo 32,4% de beneficiários. Por outro lado, 66,5% de beneficiários  
342 receberiam reajustes entre 10% e 20%.

343           Bruno Ipiranga esclarece que não é um cenário de reajuste do mercado, mas  
344 uma média ponderada dos reajustes pelo número de beneficiários dentro de cada  
345 operadora. Essa simulação aproximada do pool de risco mostra que o reajuste  
346 aplicado aos beneficiários em contratos com menos de 30 vidas diminuiria.

347           Rosana Neves diz que é parecido com o calculo do plano individual hoje  
348 realizado, em que se faz uma média ponderada dos reajustes dos coletivos para a  
349 definição de um índice de reajuste para os planos individuais.

350 Phillipe Pinheiro da Unidas sugere que, pelo menos, no pool de risco fosse dado  
351 um intervalo de confiança ou houvesse uma margem de negociação para flexibilizar o  
352 percentual. Reforça que deve-se procurar objetivar as discussões e encontrar uma  
353 metodologia ideal que consiga absorver todo o segmento de saúde suplementar, e  
354 mostra-se preocupado com a questão judicial.

355 Ricardo Escórcio da Unimed enfatiza que deve-se ter cuidado para não tratar  
356 injustamente os desiguais na aplicação do pool de risco.

357 Maurício Lopes da FenaSaúde pergunta se o estudo apresentado é baseado no  
358 nos dados do RPC.

359 Bruno Ipiranga esclarece que foram reunidos os reajustes dos contratos com  
360 menos de 30 vidas em cada operadora. Dentro da operadora foi feita uma média  
361 ponderada pela quantidade de beneficiários do contrato, que seria o pool na  
362 operadora, quanto seria o reajuste, a proporção de operadoras e quantos beneficiários  
363 estão atrelados a esses contratos.

364 Rosana Neves retoma a apresentação falando sobre o estudo que mostra uma  
365 possível segmentação do pool de risco, valendo-se do critério do Guia ANS de planos  
366 de saúde separando os dados de acordo com o tipo de cobertura conforme a  
367 segmentação assistencial do plano. Foi identificado que, em simulação do pool de  
368 risco estratificado por tipo de cobertura as estatísticas não apresentaram proporções  
369 muito diferenciadas em relação à simulação do pool sem segmentação. Os contratos  
370 sem internação apresentam uma proporção maior de beneficiários com reajuste de  
371 até 10% em relação aos contratos com internação. Contudo, os contratos com  
372 internação apresentam uma proporção de beneficiários maior nos reajustes de 10% a  
373 20% em relação aos demais contratos.

374 Rosana Neves comenta que se identificam proporções diferenciadas dentro da  
375 estratificação por tipo de cobertura, mas não se vê grande diferenciação em relação à  
376 simulação do pool sem segmentação. A princípio, a estratificação por tipo de  
377 cobertura não seria necessária para o pool de risco.

378 Cristiana Lopes da FenaSaúde discorda, argumentando que o slide em comento  
379 demonstra que o reajuste dos planos com cobertura completa é significativamente  
380 superior ao dos planos ambulatoriais, o que demonstra que os custos dos planos com  
381 cobertura hospitalar crescem em proporção maior que os custos dos planos

382 ambulatoriais. Se tiver um reajuste único para os dois tipos de plano, estaria se  
383 onerando excessivamente os beneficiários de planos ambulatoriais, dando reajustes  
384 maiores do que o necessário.

385 Rosana Neves esclarece que o pool prevê um mutualismo entre os beneficiários  
386 que participam dele, e que a idéia é reduzir o desequilíbrio quanto à apuração do  
387 reajuste.

388 Cristiana Lopes da FenaSaúde explica por um lado que existe o mutualismo que  
389 pressupõe um grupo homogêneo de beneficiários com perfil semelhante, seja por  
390 produto, seja por idade, para que haja a diluição do risco inerente a esse grupo, e que  
391 por outro lado existe o subsídio entre planos distintos entre si, e questiona se faz  
392 sentido os beneficiários de planos ambulatoriais subsidiarem os custos dos planos  
393 hospitalares, ou se não seria melhor haver um mutualismo entre planos mais  
394 semelhantes.

395 Rosana explica que o critério do pool utilizado até o momento foi pelo número  
396 de vidas, havendo um mutualismo entre os contratos com menos de 30 vidas.

397 Tainá Leandro da Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça  
398 concorda com as colocações de Cristiana Lopes da FenaSaúde e argumenta que a  
399 subdivisão do pool em três grupos de cobertura poderia flexibilizar mais o  
400 funcionamento do mercado. Supõe que talvez os beneficiários que utilizem planos  
401 ambulatoriais, que não têm internação, sejam de classes sociais mais baixas, e a  
402 regra proposta do pool sem estratificação poderia fazer com que os beneficiários de  
403 classes C e D subsidiassem as pessoas das classes A e B, criando um efeito perverso  
404 da regulação, em que os beneficiários poderiam até sair dos planos sem internação  
405 em função da regra do reajuste.

406 Marcos Silva do IESS levanta três pontos para discussão: a questão da  
407 homogeneidade, pois o seguro pressupõe uma homogeneidade do grupo para não  
408 gerar a seleção adversa que expulsaria beneficiários de PME; a definição objetiva do  
409 que seria muita ou pouca variação, pois ao observar o estudo apresentado houve  
410 percepções diferentes em relação à variação das estatísticas; e quanto à aparição das  
411 2.000 vidas, pois na última reunião foi mostrado que a partir de aproximadamente  
412 1.200 vidas, com 95% de confiança, o reajuste estaria estável.

413 Bruno Ipiranga esclarece que em um dos quatro anos de estudo houve um  
414 equilíbrio no reajuste a partir de 1.500 vidas, e que a definição das 2.000 vidas foi  
415 baseada num teste de hipótese que considerou a experiência dos quatro anos de  
416 estudo.

417 Maurício Lopes da FenaSaúde comenta que existe tanta heterogeneidade no  
418 mercado que em todos eles corre-se o risco de encontrar uma grande variabilidade, e  
419 que a operação local conhece a melhor maneira de trabalhar com a segmentação do  
420 pool de risco, pois tem ciência das especificidades do mercado relevante da sua  
421 região. Diz que quando se define uma regra de pool de risco centralizadamente, sem  
422 considerar as diferenciações dos produtos, mistura-se coisas heterogêneas e gera-se  
423 um subsídio cruzado entre vários públicos que não deveriam se subsidiar.

424 Rosana Neves apresenta, com base nos estudos e na última reunião, as  
425 propostas da ANS para a regulamentação do pool de risco: os reajustes deveriam ser  
426 calculados mensalmente, considerando o mês de aniversário dos contratos e tendo  
427 como referência os 12 meses anteriores; o contrato que possui menos de 30 vidas no  
428 mês do aniversário entraria no cálculo do pool de risco durante um ano  
429 independentemente da variação posterior do número de beneficiários; os planos  
430 odontológicos são excluídos da regra do pool de risco; o reajuste calculado deve ser  
431 aplicado em todos os contratos com menos de 30 vidas da operadora e que não seja  
432 um teto. Rosana Neves explica que o teto manteria a situação atual, pois as  
433 operadoras poderiam calcular, com uma base técnica, um teto de reajuste alto e  
434 aplicariam a seu critério o reajuste nos contratos com menos de 30 vidas, e, com isso,  
435 não se atingiria o objetivo da regulação de diminuir a variabilidade do reajuste desses  
436 contratos.

437 Em prosseguimento à exposição das propostas da ANS, apresenta que para fins  
438 de pool de risco será considerado o número de vidas considerando todos os planos  
439 vinculados ao contrato. Explica que um contrato pode ter mais de um plano e dentro  
440 de um desses planos vinculados ao contrato pode haver apenas um beneficiário, mas  
441 que este não vai ser considerado para o pool, pois pode estar atrelado a um contrato  
442 que tem mais de 30 vidas.

443 Ricardo Escórcio da Unimed pergunta como serão controlados os casos onde  
444 empresas contratam, em diferentes operadoras, planos diferenciados de acordo com o  
445 cargo.

446 Maurício Lopes da FenaSaúde procura validar seu entendimento quanto aos  
447 dizeres de Ricardo Escórcio da Unimed e a proposta da ANS, dando o exemplo de uma  
448 empresa que obtém, de acordo com a hierarquia de cargos, diferentes planos em  
449 diferentes operadoras.

450 Daniela Mendonça do IBA diz que o formato exposto por Rosana Neves é  
451 comum no mercado, mas é totalmente diferente do exemplo dado por Ricardo  
452 Escórcio Unimed.

453 Bruno Ipiranga esclarece que se fará a lógica do contrato, em que contratos  
454 diferentes serão tratados de forma diferenciada.

455 Mônica Nigri da FenaSaúde procura entender se o pool de risco terá a obrigação  
456 de reunir 2.000 vidas.

457 Rosana Neves esclarece que deve-se fazer um pool de risco com todos os  
458 contratos da operadora que tiverem menos de 30 vidas, independentemente de  
459 atingir as 2.000 vidas. Diz ainda que seria ideal, ao se juntar todos os contatos com  
460 poucas vidas, que a operadora consiga atingir as 2.000 vidas, mas que isso não é  
461 uma obrigação para fazer o pool de risco.

462 Rosana Neves prossegue a apresentação das propostas da ANS relatando que  
463 não será permitida a estratificação de reajuste dentro do pool de risco, a não ser que  
464 seja encontrado uma forma de fazê-lo que não inviabilize o pool; além disso, não será  
465 necessária a autorização prévia da ANS para aplicar o reajuste do pool, mas poderá  
466 ser solicitada a metodologia e os dados utilizados para verificação do percentual  
467 aplicado; a comunicação do percentual de reajuste para pequenas e medias  
468 operadoras seguirá o disposto na RN 274.

469 Outra proposta é que os contratos deverão ser aditados e as cláusulas  
470 contratuais deverão ser alteradas para inserção do pool de risco. Rosana Neves  
471 comenta que a ideia inicial é que a nova regra passe a vigorar a partir da renovação  
472 de cada contrato e não somente para os novos contratos, tendo por consequência a  
473 alteração do instrumento jurídico com um aditivo demonstrando claramente que seria

474 usada a experiência de todos os contratos com menos de 30 vidas para o cálculo do  
475 reajuste.

476 Rosana Neves apresenta a proposta da ANS de as operadoras darem  
477 publicidade aos percentuais de reajuste aplicados mês a mês apurados para o pool de  
478 risco, e que será obrigatório o envio de NTRP para todos os planos coletivos. Explica  
479 que o objetivo da NTRP é coletar os preços dos planos coletivos empresariais para que  
480 esse preço seja uma referência do produto. Para contratos com mais de 30 vidas não  
481 será feita exigência para que o preço informado na NTRP esteja dentro da variação de  
482 30% de comercialização do preço, mas a exigência será feita para os contratos co  
483 menos de 30 vidas. O objetivo não é mexer no aplicativo da NTRP, apenas na forma  
484 de fiscalização e monitoramento dos contratos com menos de 30 vidas.

485 Marcelo Motta diz que o pool de risco e a NTRP são projetos da ANS em  
486 separado que se complementam ao longo do tempo. Comunica que a NTRP para  
487 planos coletivos empresariais está sendo desenvolvida em paralelo à regulamentação  
488 do pool de risco e que pode ser concluída antes da edição do novo normativo.

489 Rosana Neves comunica que a diretoria colegiada da ANS dará um prazo de até  
490 um ano para que as operadoras tenham a obrigatoriedade do envio da NTRP para  
491 planos coletivos empresariais.

492 Iniciado o debate, Antonio Westenberger da SINAMGE propõe a extensão das  
493 reuniões para quatro encontros em função da densidade das propostas que vierem a  
494 ser encaminhadas, solicitando que a ANS guardasse a flexibilidade necessária para  
495 admitir número maior de encontros, caso a matéria assim requeresse. Comunica que  
496 há um projeto de lei na Câmara sobre a extensão do resseguro para planos de saúde  
497 e que as operadoras não estão tecnicamente preparadas. Lembra que o resseguro é  
498 um elemento de redução da variabilidade e, conseqüentemente, pode ser um  
499 elemento importante no contexto do pool. Chama a atenção de que o mercado ainda  
500 não tem a plena percepção de como funcionam as atividades do setor, pois o preço do  
501 produto é fixado, mas o custo é conhecido tardiamente e ao se fazer a revisão do  
502 preço com base no passado, a operadora pode sofrer erosão de capital. Assim sendo,  
503 todo critério de revisão de preço tem que conter perspectivas futuras de  
504 comportamento do segmento gerador dos custos. Concorde com a colocação da



505 FenaSaúde sobre o subsídio nas carteiras, dizendo que tem que haver algum tipo de  
506 segregação no pool de risco.

507 Maurício Lopes da FenaSaúde solicita um espaço para entender as propostas da  
508 ANS, dada a complexidade do tema, a fim de fazer uma contraproposta para  
509 discussão na Câmara Técnica. Comenta que o mercado de PME é competitivo e que o  
510 maior desafio das operadoras é a retenção desse tipo de carteira, pois a operação é  
511 cara e a venda é custosa. Diz que o mercado já trabalha com pool de risco nas mais  
512 diversas modalidades, e que deve-se trabalhar o princípio do problema e não regular  
513 demais um mercado que talvez não precise de regulação. Complementa  
514 argumentando que o pool, nitidamente, precisa de segmentação, sob pena de retirar  
515 competitividade do mercado. Finalmente, solicita que a ANS se manifeste sobre as  
516 propostas apresentadas pela FenaSaúde e o porquê do não aceite de parte delas.

517 Rosana Neves coloca que algumas contribuições da FenaSaúde foram  
518 consideradas e que seria mais apropriado que as entidades enviem estudos sobre os  
519 critérios para a estratificação do pool. Comunica que pelo menos a terceira reunião da  
520 Câmara Técnica será feita e que a ANS continuará estudando. Conclui dizendo que as  
521 propostas são iniciais, feitas de acordo com os problemas relatados na reunião  
522 anterior da Câmara Técnica, e que serão disponibilizadas no site da agência.

523 Maurício Lopes da FenaSaúde diz que a dificuldade é não ter um banco de  
524 dados no formato da ANS e não saber especificamente o problema apontado.

525 Rosana Neves esclarece que foi identificado que os contratos empresariais com  
526 menos de 30 vidas estão sujeitos à carência e submetidos a reajustes muito altos, o  
527 que obriga muitas vezes o beneficiário a rescindir o seu contrato e cumprir novas  
528 carências para voltar ao mercado. Junto com as entidades, a ANS pode construir uma  
529 proposta para os percentuais aplicados nesses contratos com menos de 30 vidas, que  
530 se assemelham a contratos com comportamento individual.

531 Maurício Lopes da FenaSaúde pergunta se o interesse é diminuir o reajuste  
532 como um todo ou a dispersão dos reajustes.

533 Rosana Neves esclarece que o interesse é diminuir a dispersão tornando o  
534 cálculo do reajuste mais justo, o que acarretaria também na diminuição desse  
535 reajuste.

536 Cristiana Lopes da FenaSaúde pergunta se a preocupação é com o reajuste alto  
537 praticado no conjunto dos contratos ou com os contratos com reajuste mais altos do  
538 que outros.

539 Rosana Neves esclarece que nos contratos com menos de 30 vidas, que estão  
540 expostos à carência, identifica-se uma grande variabilidade nos reajustes aplicados e  
541 ao mesmo tempo um percentual médio de reajuste mais alto do que os contratos com  
542 mais de 30 vidas.

543 Cristiana Lopes da FenaSaúde argumenta que é mais simples para a agência  
544 reguladora trabalhar com um único percentual para todos, mas que essa simplicidade  
545 está passando por cima da capacidade de competição das empresas e como elas estão  
546 organizadas. Conclui dizendo que é necessário explicitar quais são os argumentos  
547 para a implementação do pool de risco e se essa implementação traz um benefício  
548 concreto para o conjunto dos beneficiários.

549 Rosana Neves esclarece que a ANS busca diminuir a variabilidade do reajuste e  
550 diminuir o percentual, se for possível, aumentando a massa para o cálculo do reajuste  
551 e dando clareza e transparência aos critérios para o pool de risco.

552 Ricardo Escórcio da Unimed diz que deve-se tomar cuidado para não tratar o  
553 diferente de maneira igual. Sugere reconsiderar o assunto do teto de reajuste,  
554 alegando que objetivo é fidelizar o beneficiário à empresa com a capacidade de dar  
555 um reajuste menor e trazer equilíbrio.

556 Tainá Leandro da Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça  
557 sugere retornar à discussão do teto de reajuste na próxima reunião, argumentando  
558 que a dispersão pode ser diminuída definindo-se um teto de modo a não penalizar as  
559 carteiras de baixa sinistralidade.

560 Antonio Westenberger do SINAMGE discorda, a princípio, da questão do teto,  
561 pois o custo vai dizer qual é o teto. Explicita a posição da entidade que apóia a livre  
562 concorrência ética, dizendo que é necessário uma nova consciência social, pois o  
563 consumidor e o empresário têm seus limites.

564 Rosana Neves agradece a presença de todos, comunica que disponibilizará a ata  
565 em duas semanas e que será realizada uma terceira reunião. Comunica também que  
566 levará para a diretoria a proposta de uma quarta reunião. Conclui, dizendo que na  
567 terceira reunião serão apresentados novos estudos e se discutirá a questão do teto de

Folha 19 da Ata da 2ª Reunião da Câmara Técnica do Pool de Risco (15/02/2012)

568 reajuste, pedindo que se encaminhe propostas com dados e exemplos, e aceita que as  
569 entidades apresentem esses exemplos em reunião. Dá por encerrada a 2ª reunião da  
570 Câmara Técnica de pool de risco.

571

572

Rio de Janeiro, 15 de fevereiro de 2012.