

Análise de Nota Técnica Atuarial de Produtos (NTRP) e Pacto Intergeracional





INTRODUÇÃO

Dentre os temas estratégicos e prioritários, necessários para o equilíbrio do setor, definidos na Agenda Regulatória da ANS, e que serão objetos de atuação da ANS nos próximos anos, está o Modelo de Financiamento do Setor, e seu sub-eixo trata do Pacto Intergeracional e da Precificação dos Produtos (Nota Técnica de Registro de Produtos – NTRP).

A regra do Pacto Intergeracional vigente na saúde suplementar para os planos de saúde novos; ou seja, os planos contratados após a regulamentação do setor em 1999; define em seis vezes a relação entre os preços dos planos de saúde da faixa etária mais jovem comparada com a última faixa etária. Desde 2004, com o advento do Estatuto do Idoso, a última faixa etária representa todos os indivíduos maiores de 59 anos. O Pacto Intergeracional estabelecido tem influência direta no preço dos planos de saúde e nos reajustes por mudança de faixa etária.

O envelhecimento da população brasileira é uma realidade que se aproxima. É preciso pensar em soluções sociais e econômicas para o impacto que virá com essa transformação, especialmente na saúde suplementar.

Se forem mantidos os gastos de cada faixa etária, a tecnologia e a frequência de utilização do sistema de saúde atuais, poderá haver impacto do envelhecimento nas despesas médias por pessoa no Brasil.

O risco é que a manutenção do pacto atual provoque uma alta de preços no longo prazo, em função do aumento da longevidade e da baixa fecundidade, ou seja, muitos idosos e poucos jovens, tornando o financiamento deste setor mutualista insustentável. Agrega-se a este risco o aumento dos custos em saúde. Em notícia veiculada pela Agência Reuters, o relatório produzido por um centro de saúde para tratamento do câncer em Londres e apresentado no Congresso Multidisciplinar Europeu do Câncer em Estocolmo aponta que, nos países ricos, o custo para tratamento do câncer tornou-se insustentável. Médicos, grupos de pacientes e a indústria da saúde deveriam trabalhar em conjunto para encontrar maneiras de estancar futuros aumentos dos custos.

Portanto, faz-se mister analisar o impacto econômico do envelhecimento populacional na saúde suplementar, a questão do idoso na sociedade e as ações a serem implementadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – na regulação dos planos de saúde. As regras determinadas pela ANS devem ser suficientes para manter tanto a saúde econômica das empresas, quanto um atendimento de qualidade aos consumidores.

Como os planos contratados antes de 01 de janeiro de 1999 não estão no escopo da regulamentação, no que se refere aos aspectos econômico-financeiros, inclusive aos aumentos por mudança de faixa etária, esta análise delimita-se aos planos novos, contratados após 01/01/1999.

Apesar das regras do Pacto Intergeracional atingirem também os planos de contratação coletiva, quando estes adotam a formação de preço por faixa etária, o fato do reajuste ser livremente negociado entre as partes, e não ditado pela ANS, como nos planos individuais, torna os planos coletivos menos suscetíveis às questões de reequilíbrio, sendo afetados não mais pela regra, mas pelo poder de negociação com as pessoas jurídicas contratantes.

Desta forma, a análise do Pacto Intergeracional recai sobre cerca de 8 milhões de beneficiários de planos individuais novos, que representam 17% dos 47.866.941 de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares no Brasil. Estes beneficiários estão distribuídos em 1.037 operadoras, que estão atuando neste setor.

Este relatório apresenta uma análise da Nota Técnica de Registro de Produtos (NTRP); do Pacto Intergeracional; e os ambientes externo e interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, utilizando a matriz de SWOT, abordados conforme o sumário a seguir:



Sumário

I.	Análise da NTRP	5
II.	Regulamentação do Pacto Intergeracional	9
III.	Análise da Matriz de SWOT	15
IV.	Matriz de análise estratégica	27
V.	Alternativas	29
VI.	Conclusão	31
VII.	Referências Bibliográficas	33



I – Análise da NTRP

Para comercializar um plano de saúde, as empresas, denominadas operadoras, precisam encaminhar à ANS, após o pagamento de uma Taxa para Registro do Produto, as características gerais do mesmo, o modelo do instrumento contratual e a Nota Técnica de Registro do Produto - NTRP.

A NTRP é a justificativa da formação dos preços dos planos de assistência suplementar à saúde. Operadoras que possuam planos individuais e/ou familiares e planos coletivos financiados integralmente pelo beneficiário precisam enviá-la.

Planos exclusivamente odontológicos e planos coletivos com vínculo empregatício financiados total ou parcialmente pela pessoa jurídica empregadora, além dos planos com preço pós-estabelecido, estão excluídos da obrigatoriedade de envio. A NTRP contém, pelo menos, os seguintes itens¹:

- I. Nome do Produto;
- II. Segmentação do Produto;
- III. Tipo de Contratação (Individual/Familiar, Coletivo Empresarial ou Coletivo por Adesão);
- IV. Área Geográfica de Abrangência (Nacional, Grupo de Estados, Grupo de Municípios, etc.);
- V. Área de Atuação;
- VI. Entidades Hospitalares;
- VII. Padrão de acomodação em Internação;
- VIII. Relação com o hospital e disponibilidade dos serviços (Vínculo da rede: própria, cooperada, credenciada ou referenciada e disponibilidade parcial ou total dos serviços do Rol de procedimentos);
- IX. Livre escolha dos prestadores
- X. Fator Moderador (franquia ou co-participação)
- XI. Formação do Preço (pré-estabelecido, pós-estabelecido por rateio/custo operacional, ou misto);
- XII. Condições de vínculo do beneficiário em planos (empregado com ou sem vínculo, ativo ou inativo);
- XIII. Participação financeira da Pessoa Jurídica contratante (com ou sem patrocínio);
- XIV. Serviços e coberturas adicionais;
- XV. Critério de Cálculo das Contraprestações Pecuniárias (descrição do modelo por fórmulas, ajustes dos dados, etc.);
- XVI. Critério de Reajuste Financeiro e Técnico por mudança de faixa etária
- XVII. Reservas Técnicas
- XVIII. Responsabilidade pelos dados
- XIX. Período de vigência e de atualização da NTRP e por fim
- XX. Assinatura do atuário com seu número registro no Instituto Brasileiro de Atuária.

Todos estes itens influenciam na determinação do preço final do produto. Além disso, o modo de operação da empresa (Medicina de Grupo, Cooperativa Médica, Autogestão ou Seguradora) também afetará a contraprestação pecuniária no que se refere à comissão de corretagem, margem de lucro, despesas administrativas, rede e pagamento dos prestadores.

As informações sobre a precificação dos produtos são encaminhadas à ANS em arquivo eletrônico, no formato definido nos anexos da RDC 28/2000, a saber:

¹ Fonte: Anexo I da RDC 28/2000 (alterada pela Instrução Normativa DIPRO 08/2002).



Anexo II-A - tabela por item de despesa:

- | | | | |
|----|---------------------------------|----|-----------------------------------|
| a. | Consultas Médicas | f. | Outros Atendimentos Ambulatoriais |
| b. | Exames complementares (grupo 1) | g. | Internações |
| c. | Exames complementares (grupo 2) | h. | Despesas Odontológicas |
| d. | Terapias (grupo 1) | i. | Demais Despesas Assistenciais |
| e. | Terapias (grupo 2) | | |

Tabela de Item de Despesa

N.º de Linha	Dados do Plano				Item de Despesa Assistencial: Consultas Médicas					
	Nome do Plano	N.º de Registro do Plano	Faixas Etárias		N.º de Expostos	N.º de Eventos	Frequência de Utilização	Total de Despesa Assistencial	Valor Médio do Item de Despesa Assistencial	Despesa Assistencial por Exposto
			Idade Inicial	Idade Final						
A	B	C	D	E	F	G = F / E	H	I = H / F	J = G x I = H / E	
1		-	0	18			-		-	-
2		-	19	23			-		-	-
3		-	24	28			-		-	-
4		-	29	33			-		-	-
5		-	34	38			-		-	-
6		-	39	43			-		-	-
7		-	44	48			-		-	-
8		-	49	53			-		-	-
9		-	54	58			-		-	-
10		-	59	999			-		-	-

Anexo II-B - Tabela consolidada por item de despesa:

N.º de Linha	Dados do Plano				Total dos Itens de Despesa								N.º de Beneficiários	Total dos Itens de Despesa				Lucro	Ajuste	Mensalidade	Reajuste		
	Nome do Plano	N.º de Registro do Plano	Faixas Etárias		Despesa Assistencial por Exposto	Recuperação de Co-participação	Recuperação de Seguro	Recuperação de Resseguro e Co-seguro	Despesa Assistencial Líquida por Exposto	Margem de Segurança Estatística por Exposto	Despesa Assistencial Líquida por Exposto com Margem de Segurança Estatística por Exposto	Despesas não Assistenciais por Beneficiário		Despesa Total por Beneficiário	Valor da Margem de Lucro por Beneficiário	Valor do Ajuste	Valor Comercial da Mensalidade					Variação Percentual da Mensalidade em relação à Faixa Etária Anterior	
			Demais Despesas da Carteira de Planos	Prestação de outros Serviços por Beneficiário								Despesas de Comercialização por Beneficiário											Outras Despesas da Carteira de Planos por Beneficiário
A	B	C	D	E	F	G	H	I = E - F - G - H	J	K = I + J	L	M	N	O	P	Q = K + M + N + O + P	R	S	T = Q + R + S	U			
1	-	-	0	18	-			-		-						-			-	-			
2	-	-	19	23	-			-		-						-			-	0,00%			
3	-	-	24	28	-			-		-						-			-	0,00%			
4	-	-	29	33	-			-		-						-			-	0,00%			
5	-	-	34	38	-			-		-						-			-	0,00%			
6	-	-	39	43	-			-		-						-			-	0,00%			
7	-	-	44	48	-			-		-						-			-	0,00%			
8	-	-	49	53	-			-		-						-			-	0,00%			
9	-	-	54	58	-			-		-						-			-	0,00%			
10	-	-	59	999	-			-		-						-			-	0,00%			



Na tabela do Anexo II-B, as operadoras estipulam na coluna I o prêmio de Risco (ou Despesa Assistencial Líquida por Exposto); na coluna K o preço mínimo de comercialização (ou Despesa Assistencial Líquida por Exposto com Margem de Segurança Estatística por Exposto); e na coluna T o valor comercial da mensalidade.

A partir do Banco de NTRP's, foi realizado um mapeamento das informações dos produtos. Do relatório contendo os preços dos planos (relatório analítico da precificação dos produtos), desenvolvido pela GAFP\GGEFP com base nos dados de 30/11/2011, destacam-se as seguintes informações:

Em uma comparação de preços médios por estado, em planos com cobertura de internação e parto, de contratação individual ou familiar, utilizando-se como referência a sétima faixa etária (de 44 a 48 anos) observa-se preços entre R\$ 258,96, em São Paulo, e R\$ 447,87 em Rondônia.

Preços médios mais altos - região Norte:

- ▶ Rondônia - R\$ 447,87;
- ▶ Acre – R\$ 440,38;
- ▶ Roraima – R\$ 439,76;
- ▶ Amapá – R\$ 428,89;
- ▶ Tocantins – R\$ 427,52.

Preços médios mais baixos - região Sudeste:

- ▶ São Paulo – R\$ 258,96;
- ▶ Minas Gerais – R\$ 292,96;
- ▶ Rio de Janeiro – R\$ 331,91.

Observando-se os preços por cobertura, a região Norte (em especial o estado de Rondônia) também obtém os valores mais elevados de preço médio, na última faixa etária (a partir dos 59 anos):

- ▶ Sem internação: R\$ 542,29;
- ▶ Com internação: R\$ 842,44;
- ▶ Com internação e parto: R\$ 990,84.

O estado de São Paulo aponta os valores mais baixos na primeira faixa etária (0 a 18 anos):

- ▶ Sem internação: R\$ 40,72;
- ▶ Com internação: R\$ 105,19;
- ▶ Com internação e parto: R\$ 105,91.

Observando-se as informações dos itens de despesa: consulta, exames, internações, terapias, outros atendimentos ambulatoriais e demais despesas assistenciais; o total da média do custo por exposto é de R\$ 117,00. As consultas médicas, exames complementares e internações correspondem aos percentuais de 17%, 22% e 42% do total das despesas assistenciais por exposto respectivamente.

O custo médio das consultas médicas não varia muito em função da idade, mantendo-se em torno de R\$ 38,00. As terapias, em relação à primeira e a última faixa etária, aumentam seu custo por exposto em 795,62%. Demais despesas assistenciais aumentam em 930,9% seu custo por exposto.

Com relação aos reajustes por mudança de faixa etária, a NTRP mostra que a última faixa etária apresenta um reajuste



máximo de 144,39% em relação à faixa anterior. O reajuste médio desta faixa, 42,26%, é maior que o das outras faixas etárias. O reajuste médio nas faixas anteriores (até os 58 anos) não passa de 25,76%. Os reajustes por mudança de faixa, separando-se o tipo de cobertura, mantêm o mesmo comportamento, com a última faixa etária obtendo reajustes maiores que as demais faixas. O reajuste médio acumulado entre a primeira e a última faixa etária, em planos com internação e parto, chegam a 452,55%, representando um pacto entre as faixas etárias de 5,52 vezes.

A partir das tabelas 11 a 16 do relatório analítico da precificação dos produtos, verificou-se que nos últimos 12 meses, os custos médios cresceram 0,29% nas Internações e 0,58% nos atendimentos ambulatoriais. As Consultas Médicas, Exames Complementares, Terapias e demais despesas assistenciais, decresceram 0,69%, 0,23%, 0,52% e 1,14%, respectivamente. Os gráficos dessas evoluções mostram certa estabilidade nos custos médios a partir de junho de 2009, em decorrência das alterações da NTRP implementadas no mesmo ano (em função da instituição da regra para portabilidade de carências).



II – Regulamentação do Pacto Intergeracional

A) O QUE É O PACTO INTERGERACIONAL

Nos planos de saúde todos os custos de consultas, de cirurgias, de internações e de demais atendimentos são repartidos entre os seus beneficiários. Assim, é possível diluir as despesas, tornando-as viáveis para o consumidor. Essa é uma característica fundamental do modelo de negócio adotado pelas empresas que comercializam planos de saúde.

De um modo geral, os custos de tratamento das pessoas mais idosas tendem a ser mais elevados do que os de pessoas mais jovens. Portanto, o estabelecimento de preços fracionados em faixas etárias traz equilíbrio financeiro ao plano, já que tanto os jovens quanto os idosos pagam um valor compatível com os seus perfis de utilização dos serviços de saúde.

A inexistência de reajustes por mudança de faixa etária; ou seja, a adoção do princípio do mutualismo sem a ponderação dos diferentes perfis de utilização, prejudicaria a viabilidade da comercialização dos planos de saúde individuais e familiares.

Nesta hipotética situação, os planos não seriam financeiramente atraentes aos mais jovens e, por sua vez, sem a participação desse público, o subsídio necessário para os gastos dos mais idosos tornar-se-ia cada vez mais oneroso.

O sistema de divisão de riscos na saúde suplementar brasileira é chamado de mutualismo com solidariedade intergeracional. Por “mutualismo” entende-se que, dentro de cada faixa etária, o prêmio é igual para todos os membros daquele plano e é determinado pelo risco médio daquele grupo. Ou seja, os indivíduos mais saudáveis (de menor risco) subsidiam aqueles menos saudáveis (de maior risco), dentro da mesma faixa etária. Em relação a solidariedade intergeracional, entende-se que os beneficiários das faixas etárias mais jovens (de menor risco) subsidiam os indivíduos mais idosos (de maior risco).

A formação de grupos de idade (faixas etárias) visa diluir o risco por uma massa maior proporcionando um preço mais equilibrado. Caso os preços fossem formados para cada idade, os mais jovens teriam preços mais atrativos. Em compensação os mais idosos teriam preços bastante elevados e até inviáveis, devido ao seu perfil de utilização.

Em contrapartida, se o preço fosse único para todas as idades, o mesmo seria atrativo apenas para os mais idosos, o que acarretaria uma evasão dos mais jovens e, conseqüentemente, a inviabilidade financeira do plano.

Apesar da adoção do princípio do mutualismo por faixa etária, a legislação, com o intuito de proteger os idosos, limitou a fixação da contraprestação pecuniária cobrada deste grupo a 6 (seis) vezes do preço cobrado dos mais jovens.

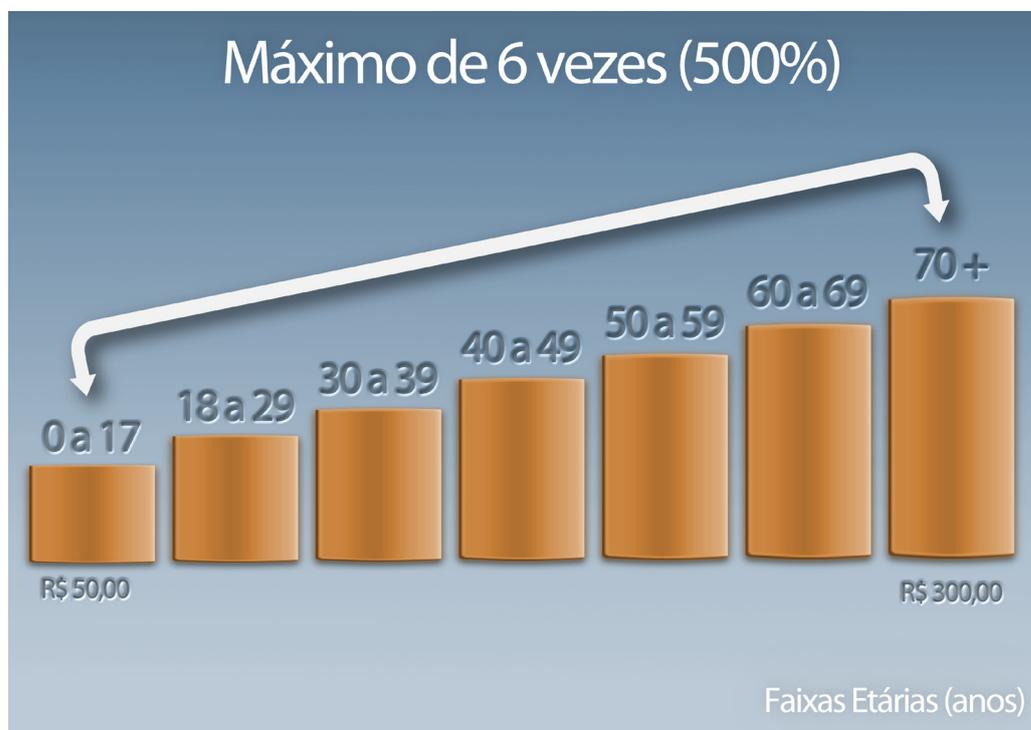
B) QUANDO O PACTO INTERGERACIONAL TEVE INÍCIO

Na saúde suplementar, esta matéria foi inicialmente regulamentada pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU n.º 6/98, que determinou a formação de preços em até 7 (sete) faixas etárias.



A regulamentação prevista na Resolução CONSU n.º 6/98 disciplinou os contratos celebrados ou adaptados entre 01/01/1999 (planos regulamentados pela Lei n.º 9656/98) e 31/12/2003 (antes da vigência do Estatuto do Idoso).

Com esta limitação, os mais jovens acabam assumindo parte do custo gerado pelos mais idosos, já que os gastos destes últimos superam, em regra, essa relação de 6 (seis) vezes. Na inexistência desta limitação os mais jovens não seriam onerados, mas os mais idosos pagariam um preço ainda mais alto.



C) REGRAS ATUAIS DO PACTO INTERGERACIONAL

Com a publicação do Estatuto do Idoso houve alteração da regulamentação vigente até então, especialmente em função dos seguintes dispositivos da Lei n.º 10741/2003:

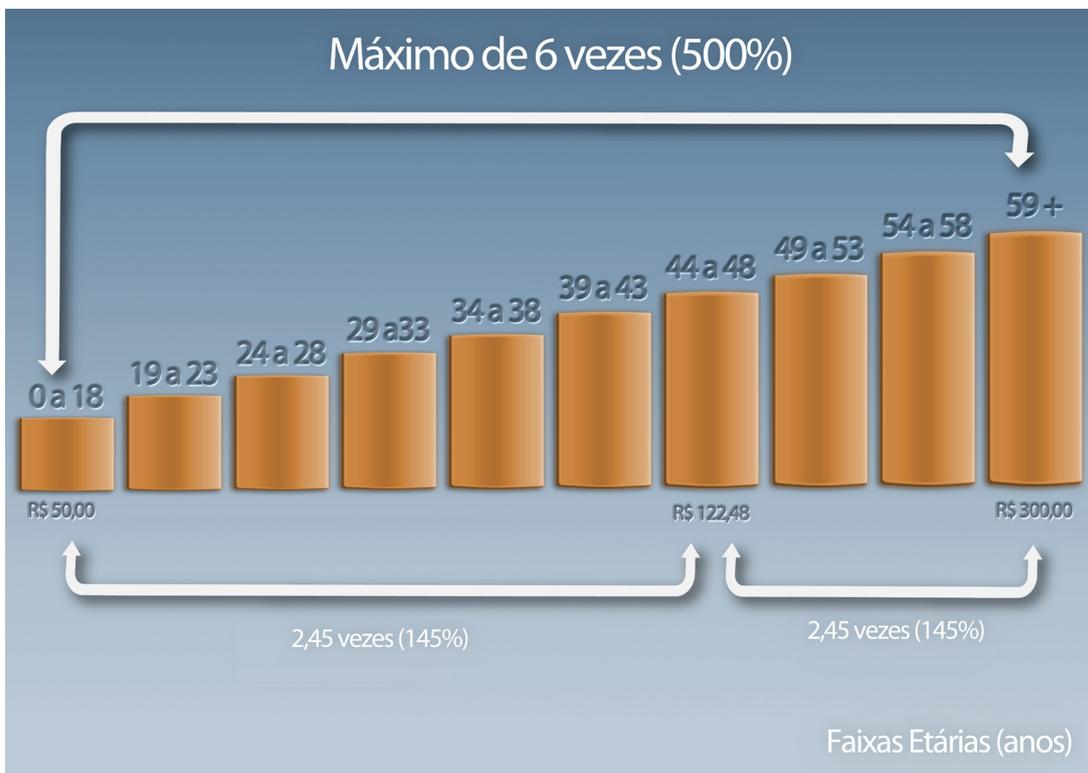
“Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.”

“Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. (...)”

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.”

Neste sentido, foi publicada a Resolução Normativa n.º 63/2003, que disciplinou, para os contratos celebrados a partir de 01/01/2004, dez faixas etárias, e algumas limitações na formação do preço: a) o valor fixado para a 10ª faixa não poderá ser superior a seis vezes o valor da 1ª faixa etária; b) a variação acumulada entre a 7ª e a 10ª faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª e a 7ª faixas.





- Definição de 10 faixas específicas.
- O preço da última faixa (59 anos ou mais) poderá ser, no máximo, seis vezes maior que o preço da faixa inicial (0 a 18 anos). E a variação acumulada entre a 7ª e a 10ª faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a 1ª e a 7ª faixas.

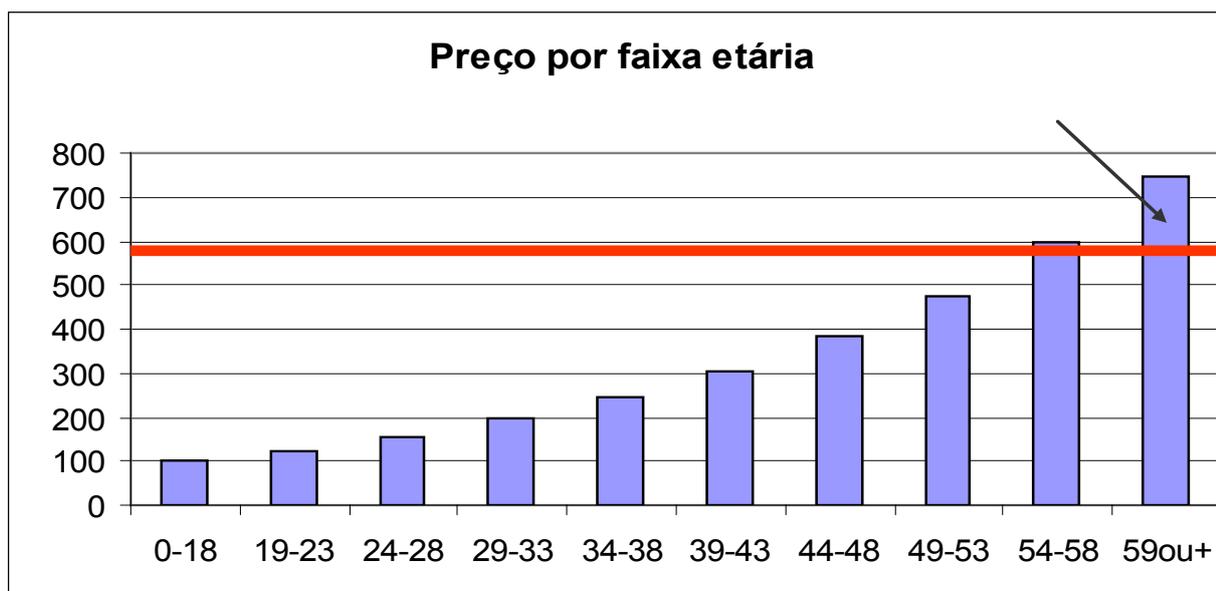
O Pacto Intergeracional é utilizado na metodologia de precificação definida atualmente. A parcela de gastos dos idosos que ultrapassaria o limite de seis vezes é financiada pelas faixas mais jovens. Assim, ocorre a diluição dos custos dentro de grupo com perfil semelhante (preço por faixa etária) e há limites para o grau de financiamento dos beneficiários mais idosos pelos mais jovens.

As conseqüências do Pacto Intergeracional com a regra vigente são (ver Figura 1):

- os beneficiários mais jovens, de menor custo, pagam um valor um pouco superior ao seu perfil de utilização em função de assumirem parte do custo dos beneficiários de idade mais avançada.
- os beneficiários de mais idade têm maior estímulo a aderir este tipo de plano (em relação a um modelo sem limites), pois o preço que ultrapassa o limite de 6 vezes será financiado pelas faixas mais jovens.



Figura 1: Exemplo de Precificação por Faixa Etária, a ser adequada pela limitação do Pacto Intergeracional em 6 vezes.



Fonte: Elaboração da GGEFP.

D) FUTURO DO PACTO INTERGERACIONAL

A preocupação com a sustentabilidade dos planos de saúde envolve as idéias de Pacto Intergeracional e perspectiva de longo prazo, ou seja, a capacidade do setor continuar a existir por um longo período.

As mudanças no padrão etário da população brasileira tiveram início a partir de 1970. Os principais fatores determinantes foram:

O declínio da fecundidade – a taxa de fecundidade era de 5,8 filhos por mulher em 1960 e declinou para 2,3 na segunda metade dos anos 90;

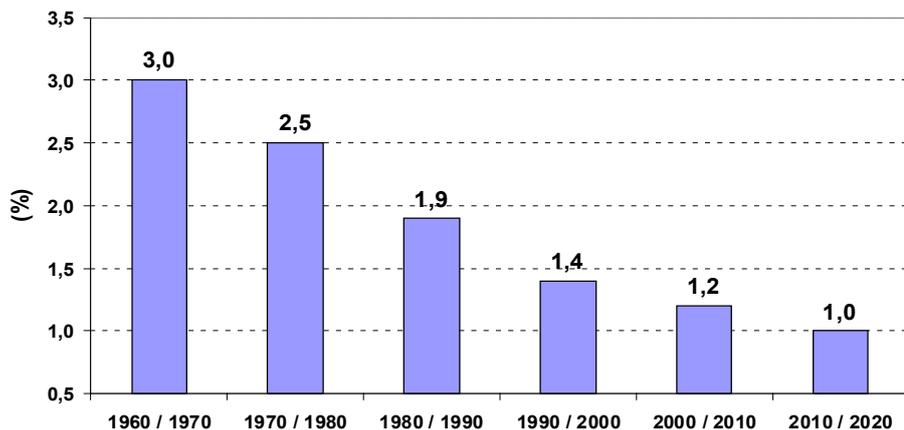
Os avanços da medicina permitem uma sobrevivência maior da população;

A população idosa (acima de 65 anos), que correspondia a 3% da população em 1950, deverá chegar a 17,3% da população em 2050. O Brasil será o 4º país com mais intenso processo de envelhecimento populacional neste período. A longo prazo, crianças e idosos passarão a ter pesos semelhantes em relação à população total, e a pirâmide etária em 2050 terá a forma aproximada de um retângulo.

Apesar do crescimento populacional estar diminuindo a cada década (Figura 2), a quantidade de pessoas que sobrevivem a cada idade está aumentando (Figura 3), ou seja, as pessoas morrem cada vez menos e em idades mais elevadas. As projeções para os anos futuros confirmam esta tendência.

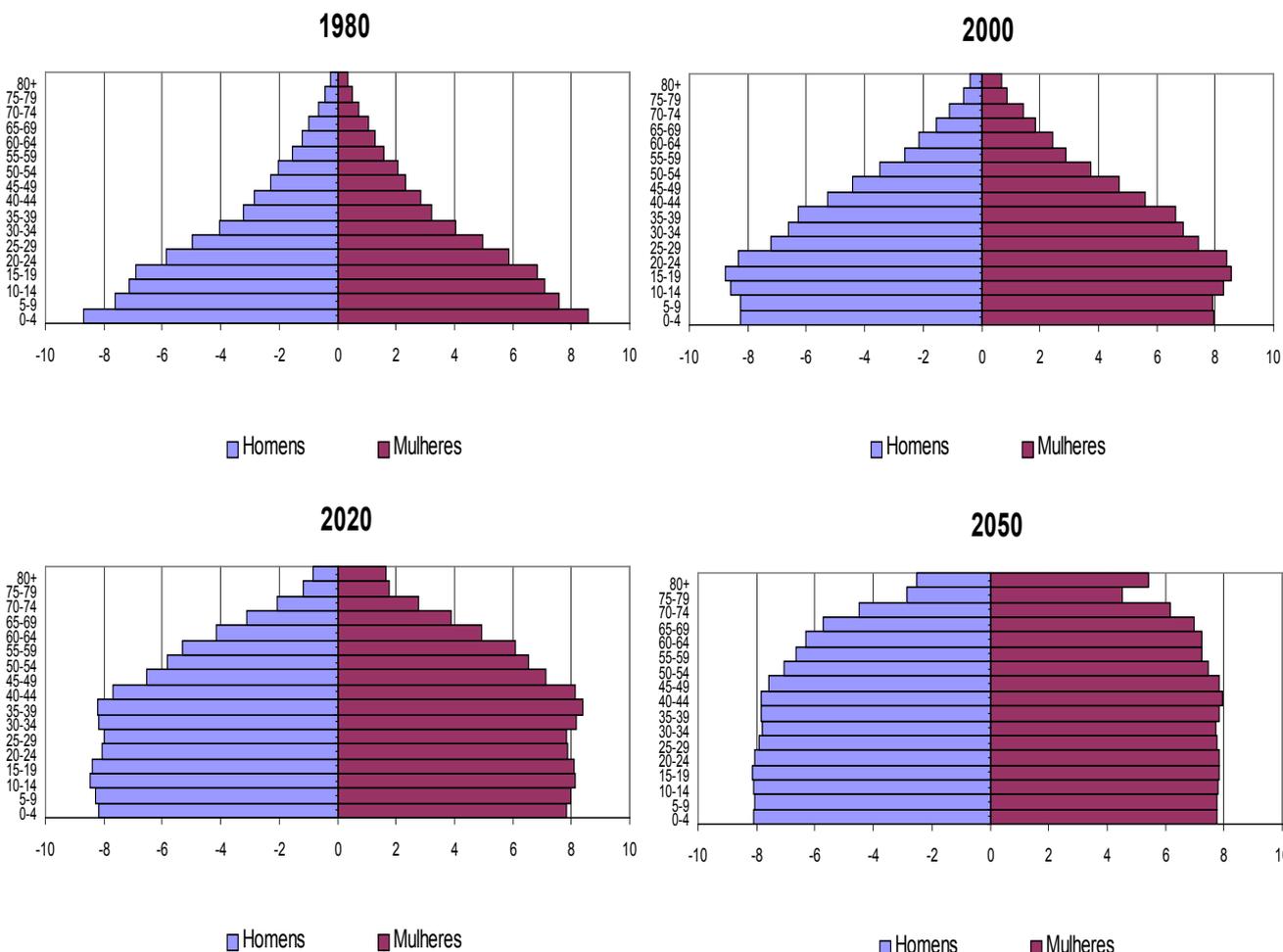


Figura 2: Taxa de Crescimento Populacional - Média Anual por Década (1960/2020)



Fonte: IBGE - Elaboração: SPS/MPAS

Figura 3: Pirâmides Populacionais no Brasil - 1980, 2000, 2020 e 2050 (em milhares de pessoas)



Fonte: www.fundaj.gov.br

O Pacto Intergeracional, que representa um subsídio cruzado entre gerações, também se dá em outros setores e a preocupação com sua sustentabilidade é uma constante. De acordo com Reis e Turra (2011), na previdência social, que também é formada pelo regime mutualista, há subsídios cruzados entre os valores de benefícios recebidos e de contribuições efetuadas entre regiões, ou seja, a previdência retira recursos das regiões mais ricas por meio de contribuições, para repassá-los, mediante pagamento de benefícios, para as mais pobres. Subsídios entre ricos e



pobres, entre jovens e idosos, ou familiares, entre avós e netos. A questão recai então sobre qual seria a melhor forma de alocar as responsabilidades entre o mercado, as famílias e o Estado pelo bem-estar social.

Portanto, é importante avaliar o atual modelo de precificação dos planos de saúde para o enfrentamento dos desafios impostos pelo previsto crescimento da população idosa, de forma a prevenir os impactos gerados pelo limite atual do Pacto Intergeracional.



III – Análise da Matriz de SWOT

A SWOT Analysis foi criada por dois professores da Harvard Business School: Kenneth Andrews e Roland Christensen e aplicada por inúmeros acadêmicos. Trata-se de um instrumento muito utilizado no planejamento estratégico², no qual se relacionam as condições externas e internas relativas à organização.

A análise possibilita identificar as oportunidades que a organização pode utilizar para melhorar seu desempenho e as ameaças que podem afetá-la (ambiente externo), além de suas forças e fraquezas (ambiente interno). Assim, a organização pode aproveitar as oportunidades e reduzir os seus riscos, se adequando as constantes transformações que ocorrem no cenário mundial.

As oportunidades são fatores externos que a organização pode ser capaz de explorar em seu favor. As ameaças são tendências ou fatores externos desfavoráveis, que podem apresentar desafios ao desempenho da organização. Os pontos fortes são habilidades internas que podem ajudar a organização a atingir seus objetivos. Já os pontos fracos são limitações internas que podem alterar a capacidade das empresas de atingir seus objetivos (KOTLER, 2007).

Numa análise do cenário atual do Pacto Intergeracional, foi elaborada a matriz de SWOT (figura 5), baseada no modelo da figura a seguir:

Figura 4: Modelo de Matriz de SWOT



² Busca-se no planejamento estratégico a oportunidade de promover discussão sobre os objetivos a longo prazo e sobre os meios e ações para alcançá-los. Promove-se a orientação estratégica para que se possam alinhar os subsistemas internos da instituição com as mudanças do ambiente, antecipando-se às percepções e exigências de sua clientela (MARCELINO, 2004a, p.33 apud MARCELINO, 2008).



Figura 5: Matriz de SWOT para o Pacto Intergeracional atual (até 6 vezes)

		Favorável	Desfavorável
		Pontos Fortes	Pontos Fracos
Fatores Internos	<ul style="list-style-type: none"> • Limitação do Pacto Intergeracional em até 6 vezes • Ingresso de beneficiários jovens na Saúde Suplementar • Revisão do Rol de Procedimentos da ANS - Incorporação tecnológica de procedimentos com diretriz de utilização • Programa de Envelhecimento Ativo • Possibilidade de Revisão da Regulamentação do Setor, redefinindo o Pacto Intergeracional • Estudo dos Mecanismos de Regulação dos Planos de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Judicialização, obrigando à redução arbitrária da relação de 6 vezes do Pacto Intergeracional • Bases de Dados da ANS não possuem informação de despesa por idade, dificultando a formulação de estudos e modelagem matemática • Incorporação tecnológica de procedimentos que elevam os custos 	
		Oportunidades	Ameaças
Fatores Externos	<ul style="list-style-type: none"> • Bônus Demográfico • Assistência ao Idoso • Melhoria das condições de emprego e renda no país • Interação entre o sistema público e privado 	<ul style="list-style-type: none"> • Envelhecimento e Longevidade da População • Baixa Taxa de Fecundidade • Custos crescentes dos Planos de Saúde • Estatuto do Idoso, que limita aumentos até os 59 anos de idade 	

A) PONTOS FORTES

Limitação do Pacto Intergeracional em até 6 (seis)vezes

A manutenção do limite de até 6 (seis) vezes para o Pacto Intergeracional, estabelecido pela Resolução CONSU 06/98 foi ratificada em Câmara Técnica, ocorrida quando da publicação do Estatuto do Idoso em 2004. A edição do normativo infralegal, Resolução Normativa 63/2004, foi resultado de Consulta Pública.

Nesta Câmara Técnica³, houve proposta para redução do limite de 6 (seis) vezes, por parte dos órgãos de defesa do consumidor, para 3 (três) vezes, com a argumentação de que há aumentos significativos nas últimas faixas etárias, o que, em alguns casos, implica em migração do idoso para planos mais simples, ou até mesmo cancelamento do plano.

Por outro lado, as operadoras de planos de saúde apresentaram estudos indicando que a relação dos custos assistenciais para beneficiários com 70 anos ou mais, comparada com a dos beneficiários de 0 a 17, atingiam valores superiores às seis vezes, variando de 6,25 a 9,64 vezes.

³ Informações constantes do Processo Administrativo ANS nº 33902.246678/2003-83



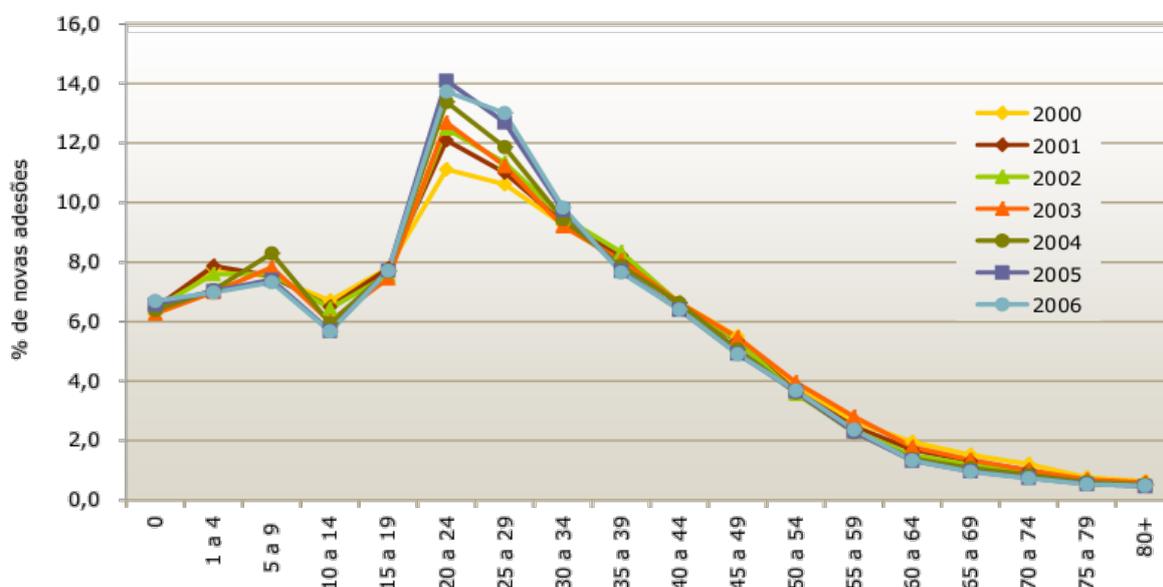
Ademais, as operadoras de planos de saúde demonstraram preocupação com a redução do número de jovens que sustentam o sistema. Como o sistema é baseado num financiamento cruzado de parte dos custos dos idosos pelas faixas etárias mais jovens, o aumento do grau deste financiamento poderia implicar na redução do número de jovens.

A ANS resolveu pela manutenção do limite, com a concordância dos participantes da Câmara Técnica, e pela inclusão de regras de limitação de variação percentual acumulada nas últimas faixas etárias (a variação acumulada entre a 7ª e a 10ª faixa deve ser inferior à variação acumulada entre a 1ª e a 7ª faixa etária).

Ingresso de beneficiários jovens na Saúde Suplementar

Segundo Leal e Matos (2008b), há um elevado ingresso de beneficiários de idades baixas, de forma a manter elevada a proporção entre financiadores e financiados.

Figura 6: Percentual de Adesão de beneficiários em Planos de Saúde por Faixa de Idade - Brasil, 2000-2006 (Sistema de Informações de Beneficiários – ANS/MS)



Fonte: Leal e Matos (2008b)

Revisão do Rol de Procedimentos (incorporação tecnológica de procedimentos com diretriz de utilização)

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é revisado periodicamente, visando à reorganização da tabela de procedimentos a serem cobertos; a inclusão de tecnologias com evidências de segurança, eficácia, efetividade e eficiência, e exclusão de procedimentos obsoletos ou de insuficiente validação, a partir dos princípios da Medicina Baseada em Evidências; o estabelecimento de diretrizes de utilização para determinados procedimentos; a garantia de cobertura a ações de promoção e prevenção.

A possibilidade de acesso da população às coberturas do Rol permite o acesso à promoção da saúde e à prevenção de doenças, podendo este ser um fator importante na redução dos gastos curativos para a saúde.



Programa de Envelhecimento Ativo

A Resolução Normativa 265/2011, publicada pela ANS, prevê que as operadoras de planos de saúde estimulem a adesão dos beneficiários dos planos de saúde à programas de promoção da saúde e envelhecimento ativo. Estes programas envolvem ações para a prevenção e para o acesso aos cuidados primários de saúde, visando detectar e gerenciar precocemente as doenças crônicas.

As doenças crônicas estão associadas à idade avançada, e são responsáveis pela maior parte das perdas da capacidade funcional dos indivíduos. Tal estudo foi realizado pela ANS, em seu Relatório Executivo de fevereiro de 2011.

“A mudança observada no perfil demográfico das populações não se relaciona somente ao envelhecimento populacional e ao aumento do contingente idoso, mas também à formação de um grupo de idosos caracterizado por sua heterogeneidade. A faixa etária composta pelos idosos compreende uma enorme amplitude etária, envolvendo aproximadamente 30 anos da vida de um indivíduo (OECD, 2007). Assim, significativas parcelas desse contingente gozam de boas condições de saúde - geralmente os idosos com menos de 80 anos de idade. Com o avanço da idade, tendem a surgir crescentes limitações para a execução das atividades do cotidiano, principalmente em função do agravamento das doenças crônicas mais prevalentes entre idosos. Com isso, o contingente de idosos mais idosos - com 80 anos ou mais de idade - tende a apresentar maior vulnerabilidade, com maiores perdas de autonomia e independência.” (http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/relatorio_executivo_financiamentos_audeidosos.pdf)

Sendo passíveis de prevenção com base nos cuidados primários de saúde ao longo da vida, os gastos com o tratamento de doenças crônicas poderão ser amenizados.

Possibilidade de Revisão da Regulamentação do Setor, redefinindo o Pacto Intergeracional

Estudos internos sobre a precificação dos produtos foram realizados a fim de identificar possíveis alterações na regulamentação do setor, sendo fato que o tema envolve a sustentabilidade dos planos de saúde, e depende da participação da sociedade, já que afeta o compromisso intrageração, isto é, com as gerações presentes, e intergeração, com as futuras gerações.

A ANS dispõe de uma base de dados denominada SCPA – Sistema de Cadastro de Planos Antigos. Nesta base, foram cadastrados, a partir de 2003 (RN 56/2003), todos os produtos comercializados, por operadora, antes da vigência da Lei 9656 de 1998, ou seja, os denominados “planos antigos”.

Cada plano antigo tinha uma faixa etária diferenciada. Analisando as informações de início e fim do período de comercialização destes planos, e os percentuais de variação por faixa etária de cada um, os dados foram agrupados da seguinte forma:

a. Preço referência por faixa etária (partindo de uma base 100) para planos comercializados até: 1960; 1970; 1980; 1985; 1990; 1994 e 1998.



Exemplo de plano comercializado de 1992 a 1998:

ID PLANO	Ano Início	Ano Fim	IDADE INICIAL	IDADE FINAL	% aumento FE	Preço FE
1506109	1992	1998	0	17	0,00%	R\$ 100,00
1506109	1992	1998	18	55	79,74%	R\$ 179,74
1506109	1992	1998	56	65	168,33%	R\$ 482,30
1506109	1992	1998	66	70	81,30%	R\$ 874,40
1506109	1992	1998	71	99	31,60%	R\$ 1.150,71

b. Ao agrupar os preços nas faixas-etárias indicadas a seguir, foi calculada a média do preço, com base 100, tanto para os planos comercializados até 1998, quanto para os planos novos, com base nos dados disponíveis na base de NTRP a partir de 2000, até 2011.

Tabela de Evolução dos Preços por Faixas de Idade, por ano:

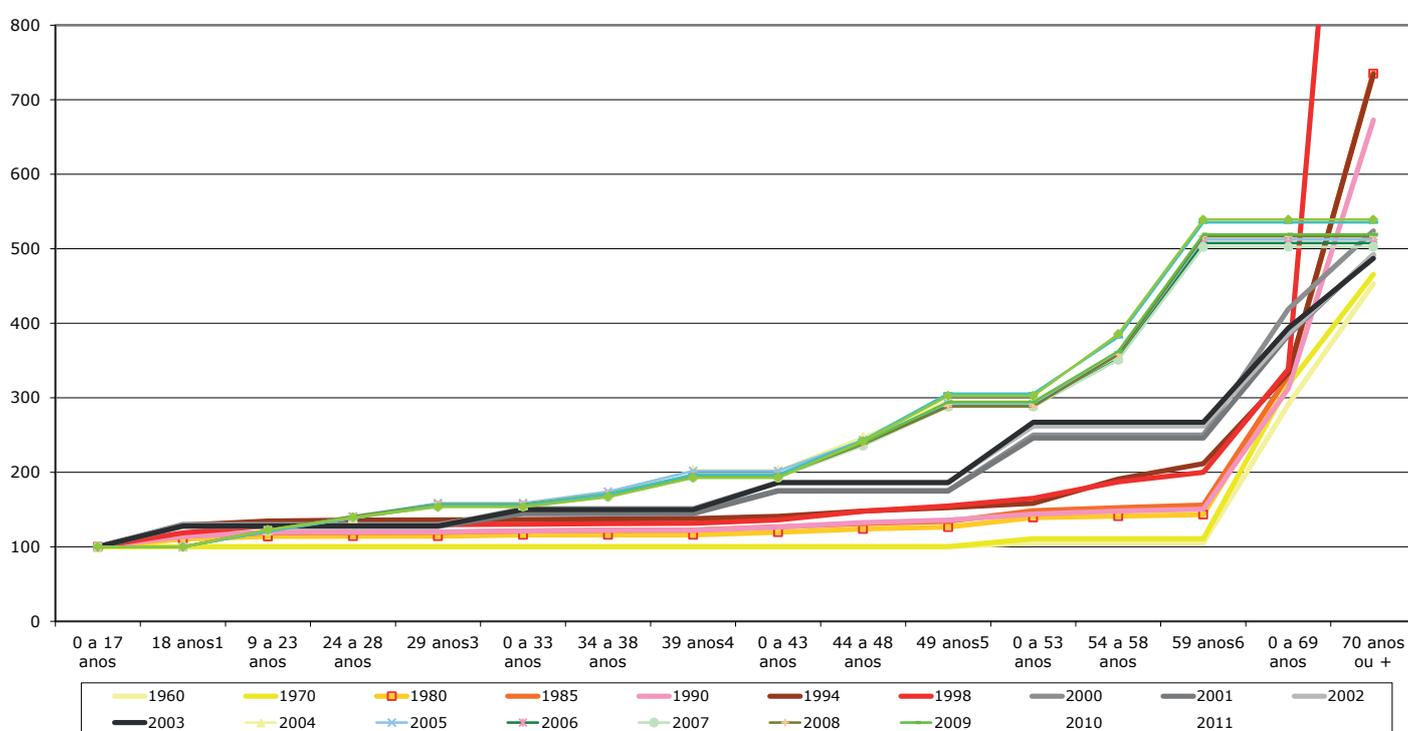
	1960	1970	1980	1985	1990	1994	1998
0 a 17 anos	100,00	100,00	100,00	100,07	100,53	100,30	100,23
18 anos	100,00	100,41	110,37	115,22	113,57	129,16	118,71
19 a 23 anos	100,00	100,41	113,82	118,64	119,49	134,65	128,33
24 a 28 anos	100,00	100,41	114,19	119,22	119,84	135,80	129,62
29 anos	100,00	100,41	114,19	119,37	119,89	136,15	129,89
30 a 33 anos	100,00	100,41	115,95	121,36	121,30	136,69	130,43
34 a 38 anos	100,00	100,41	115,99	122,38	122,13	137,47	131,09
39 anos	100,00	100,41	115,99	122,49	122,35	138,00	131,65
40 a 43 anos	100,00	100,41	119,53	126,77	126,67	141,01	136,22
44 a 48 anos	100,00	100,41	123,90	131,35	132,53	147,95	147,85
49 anos	100,00	100,41	126,46	134,09	135,98	152,64	154,81
50 a 53 anos	105,31	110,77	139,25	148,47	144,07	158,32	165,11
54 a 58 anos	105,31	110,77	141,17	152,68	148,08	190,99	187,03
59 anos	105,31	110,77	143,24	156,17	150,65	211,74	200,11
60 a 69 anos	291,05	317,53	329,72	329,83	312,65	333,08	338,46
70 anos ou +	452,93	465,54	734,84	736,85	672,73	734,14	1.646,88

	2000	2001	2002	2003
0 a 17 anos	100,00	100,00	100,00	100,00
18 anos	130,20	127,23	128,27	128,07
19 a 23 anos	130,20	127,23	128,27	128,07
24 a 28 anos	130,20	127,23	128,27	128,07
29 anos	130,20	127,23	128,27	128,07
30 a 33 anos	146,95	144,49	151,62	150,00
34 a 38 anos	146,95	144,49	151,62	150,00
39 anos	146,95	144,49	151,62	150,00
40 a 43 anos	175,41	174,64	186,66	186,16
44 a 48 anos	175,41	174,64	186,66	186,16
49 anos	175,41	174,64	186,66	186,16
50 a 53 anos	249,93	246,04	262,08	267,10
54 a 58 anos	249,93	246,04	262,08	267,10
59 anos	249,93	246,04	262,08	267,10
60 a 69 anos	418,90	384,00	386,19	393,47
70 anos ou +	523,85	491,95	492,04	487,09



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
0 a 17 anos	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
18 anos	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
19 a 23 anos	122,17	122,22	122,03	121,81	122,55	121,06	120,79	122,85
24 a 28 anos	138,32	140,88	139,68	138,69	140,89	139,59	138,48	139,49
29 anos	155,37	158,65	156,53	154,24	156,70	156,31	154,91	153,53
30 a 33 anos	155,37	158,65	156,53	154,24	156,70	156,31	154,91	153,53
34 a 38 anos	171,50	173,99	169,29	166,95	170,11	171,11	170,45	167,02
39 anos	202,66	201,73	195,25	192,87	194,54	195,89	196,93	192,82
40 a 43 anos	202,66	201,73	195,25	192,87	194,54	195,89	196,93	192,82
44 a 48 anos	247,36	243,09	238,22	235,55	237,85	239,38	243,22	241,85
49 anos	295,83	291,96	288,99	288,00	288,50	294,08	305,49	302,61
50 a 53 anos	295,83	291,96	288,99	288,00	288,50	294,08	305,49	302,61
54 a 58 anos	355,72	357,26	352,06	350,83	358,04	362,29	381,52	385,41
59 anos	512,93	512,25	507,56	502,37	516,49	519,01	535,34	539,04
60 a 69 anos	512,93	512,25	507,56	502,37	516,49	519,01	535,34	539,04
70 anos ou +	512,93	512,25	507,56	502,37	516,49	519,01	535,34	539,04

Gráfico da Evolução dos Preços por Faixas de Idade, por ano e preço índice:



Observou-se, tanto nas faixas de 60 quanto na de 70 anos, que os valores índices eram inferiores a seis vezes. Porém, a partir de 2003, com o estatuto do idoso, a variação na faixa de 60 anos foi elevada, para igualar-se à variação de 70 anos ou mais, antecipando para os 60 anos o reajuste previsto para a faixa seguinte. O gráfico a seguir representa esta informação.

Observou-se ainda que, para a faixa de 70 anos ou mais, em 1998, antes da regulamentação, a variação entre a primeira e a última faixa chegou a 16 (dezesesseis) vezes.

Estudo dos Mecanismos de Regulação dos Planos de Saúde

No Parecer Técnico de 2009 da FIPECAFI - Diferenciação de Risco e Mensalidade ou Prêmio entre Faixas Etárias em Planos e Seguros de Saúde (disponível em: <http://www.iess.org.br/html/FaixaEtariaParecerTecnicoAtuarial.pdf>) – o



subsídio cruzado advindo do Pacto Intergeracional poderia gerar seleção adversa: indivíduos de baixo risco (jovens) tenderão a não contratar o plano ou a deixá-lo, enquanto indivíduos de alto risco (idosos) terão incentivos a contratá-lo. Isto alteraria o perfil de risco do grupo segurado, aumentando o custo do plano e, assim, afastando ainda mais os consumidores de menor risco da contratação.

Uma alternativa para a precificação dos planos de saúde é reduzir o valor a ser cobrado a partir da moderação da utilização. Os fatores moderadores permitidos como Mecanismos de Regulação são a franquia e co-participação de pagamento por parte do beneficiário quando da utilização dos procedimentos. Estes mecanismos podem reduzir os valores dos prêmios, em todas as idades, reduzindo também o montante de subsídio cruzado.

B) PONTOS FRACOS

Judicialização, obrigando à redução arbitrária da relação das 6 (seis) vezes do Pacto Intergeracional

Por vezes são recepcionados na ANS demandas judiciais ou legislativas propondo a redução do Pacto Intergeracional para 2 (duas) vezes, a partir da lógica de que 100% é um reajuste de preços abusivo, e que, se o beneficiário jovem paga, por exemplo, R\$ 100,00, o beneficiário idoso deveria receber no máximo 100% de aumento, ou seja, pagar R\$ 200,00.

A alteração arbitrária de qualquer número, sem a avaliação do impacto da mudança, é um fator de risco para a sustentabilidade do setor.

Outra questão recorrente na judicialização é a vedação do reajuste por mudança de faixa etária aos beneficiários com idade igual ou superior a 60 anos, independentemente da data em que o contrato foi celebrado, ou seja, considerando a retroação dos efeitos do Estatuto do Idoso aos contratos celebrados antes de 1º de janeiro de 2004.

O impacto da retroação do Estatuto do Idoso poderia causar um desequilíbrio econômico-financeiro e atuarial na carteira dos planos de saúde. Em estudo realizado na ANS⁴, tal retroação poderia gerar uma diminuição da arrecadação concomitantemente a um aumento no custo da carteira (aumento na sinistralidade⁵) correspondente a 3,68% em 2009 e 20,51% em 2029, num cenário prospectivo de envelhecimento dos beneficiários. Em algumas operadoras, cuja carteira apresenta uma grande concentração de idosos, o impacto na sinistralidade poderia ser ainda mais relevante.

Bases de Dados da ANS não possuem informação de despesa por idade, dificultando a formulação de estudos e modelagem matemática

As bases de dados da ANS que possuem informações de despesas são:

DIOPS - Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde: despesas agregadas por carteira de planos individuais ou coletivos, antigos ou novos, além dos itens de despesas assistenciais.

NTRP – Nota Técnica de Registro de Produtos: despesas por faixa etária (10 faixas) e por item de despesa assistencial.

SIP – Sistema de Informações de Produtos: despesas agregadas por item de despesa assistencial (consultas, exames,

⁴ Nota 1707/GGEFP/DIPRO/ANS de 13/10/2009

⁵ Sinistralidade é o resultado da razão entre a Despesa e a Receita.



terapias, etc.);

As informações disponíveis na NTRP indicam que a relação entre as faixas etárias não ultrapassa seis vezes, conforme tabela a seguir. Entretanto, esta informação pode ser viesada pela regra da precificação do produto, que pode gerar ajuste das informações estatísticas para adequação aos limites impostos pelos normativos.

	Relação entre a primeira e última faixa etária
Valor Comercial	5,50
Coluna K (Prêmio Puro)	5,54
Prêmio de Risco	5,46

Fonte: NTRP

Para que se verifique qual a relação ótima entre as faixas etárias, mantendo-se as idades estabelecidas nas 10 faixas etárias da RN 63/03, poderia ser realizado um estudo simulatório utilizando-se as despesas por idade a fim de verificar qual número representaria o melhor Pacto Intergeracional. Ademais, algumas simulações e projeções devem ser realizadas para identificar cenários dos problemas a serem enfrentados na sustentabilidade do Pacto Intergeracional face ao envelhecimento da população de planos de saúde.

Revisão do Rol de Procedimentos (incorporação tecnológica de procedimentos que elevam os custos)

Conforme ressaltado na Nota Técnica da RN de Incentivos à participação em Programas de Promoção à Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/20110822notatecnica_cabonificacaopremiacao.pdf), no Brasil, o processo de transição epidemiológica não ocorreu da mesma maneira que na maioria dos países desenvolvidos. É observado um processo com predomínio de doenças crônicas e recrudescimento de enfermidades tais como: dengue, malária e hanseníase. Esta composição produz significativo impacto na utilização dos serviços de saúde e por conseguinte nos custos relacionados com esses serviços.

Esses serviços sofrem influência da incorporação de tecnologias que se disseminam de forma rápida e muitas vezes indiscriminada. A questão do envelhecimento populacional insere-se nesse contexto, uma vez que, como salientado por Lebrão, Louvison e Duarte (2008) “a lógica da demanda espontânea e o modelo centrado no médico, no medicamento, no hospital e na incorporação tecnológica desmedida, muitas vezes iatrogênica para o idoso, “medicaliza” a velhice e institucionaliza o cuidado”.

As operadoras de planos de saúde alegam que muitos procedimentos incluídos nas revisões periódicas do Rol de Procedimentos da ANS apresentam alto custo, agravando o aumento de custos.



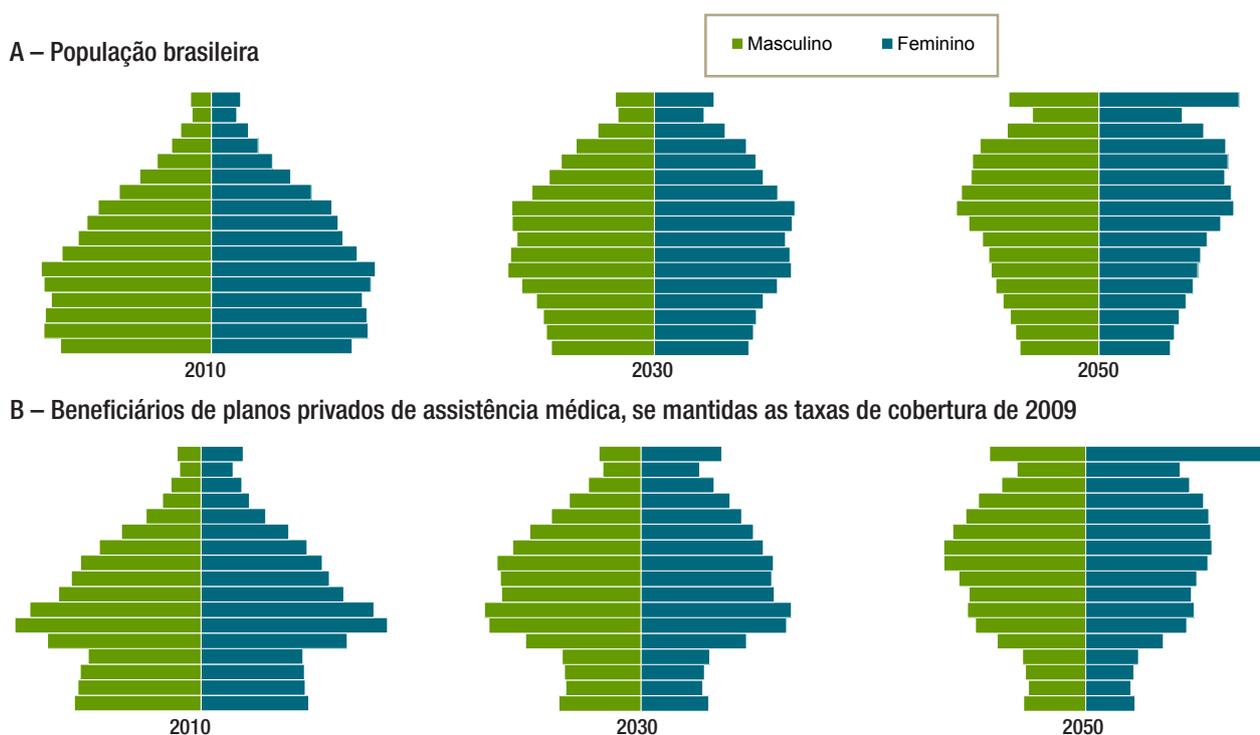
C) OPORTUNIDADES

Bônus Demográfico

As mudanças na estrutura etária da pirâmide populacional brasileira de 2010 a 2030 favorecem o crescimento econômico. É o chamado “Bônus Demográfico” que representa uma “Janela de Oportunidade”. Hoje os idosos equivalem à cerca de 10% da população do Brasil e em 2050 representarão 29%.

A transição demográfica só acontece uma vez, e deve-se aproveitar esta oportunidade para utilização do bônus demográfico. Para o aproveitamento dessa janela de oportunidade o país deve ser capaz de absorver a mão-de-obra disponível e incentivar a capacitação da alta proporção de pessoas que poderão contribuir para a elevação da produção e da produtividade. O Brasil passa por uma boa combinação entre estrutura demográfica e estrutura social para estimular um maior retorno social e econômico às pessoas.

Figura 7: Perfil demográfico e projeção da população brasileira e de beneficiários de planos privados de assistência médica (Brasil - 2010, 2030 e 2050)



Fonte: IBGE, Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2008 e SIB/ANS/MS – 12/2009

Notas: 1. As pirâmides de beneficiários em 2030 e 2050 foram calculadas aplicando-se sobre a projeção da população do Brasil, publicada pelo IBGE, as taxas de cobertura referentes a 2009.

2. As faixas etárias são apresentadas de 5 em 5 anos e a última faixa é 80 anos ou mais.

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e Planos – Em Pauta (mar de 2010)

Assistência ao Idoso

Conforme a Nota Técnica da RN 265/11 disponível no site da ANS, a preocupação com a questão do idoso na pauta das políticas públicas no Brasil tem registro desde a promulgação da Constituição de 1988 (em 1982 foi realizada a 1ª Assembléia da ONU voltada para a questão do envelhecimento populacional).

Isso resultou na aprovação, em 1994, da Política Nacional do Idoso (PNI). A PNI estabeleceu como competência específica do setor saúde, entre outros: prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde.



Em 1999 foi criada no âmbito do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde dos Idosos, com diretrizes para promoção do envelhecimento saudável; manutenção da capacidade funcional e assistência às necessidades de saúde do idoso.

Em outubro de 2006 a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria 2528) foi reeditada e estabeleceu como sua finalidade primordial “recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS” (MS, 2006).

Melhoria das condições de emprego e renda no país

O bom desempenho do mercado de trabalho garante o ingresso de um número expressivo de beneficiários nos planos de saúde, especialmente nos planos coletivos.

Atualmente, a expansão do mercado está sendo alavancada mais pelas empresas que contratam planos para acompanhar a criação de novos postos de trabalho do que pela ascensão das classes C e D, um público ainda a ser conquistado.

Se o PIB crescer 5% ao ano entre 2000 e 2030 (Alves, 2004) teríamos o mesmo crescimento da renda per capita do período de ouro de 1950 a 1980. Esta taxa de crescimento não está distante das possibilidades do país. Pelo lado populacional a situação nunca foi tão favorável, e se bem aproveitada, pode alavancar o país para o desenvolvimento.

Interação entre o sistema público e privado

Os setores público e privado devem atuar como parceiros trabalhando juntos para conhecer e atender às necessidades de saúde da população. Uma operadora de planos de saúde poderia, por exemplo, ajudar no acesso dos beneficiários de planos coletivos para que eles sejam vacinados em uma campanha pública sem que tenham que deixar seu local de trabalho.

A ANS inseriu em sua Agenda Regulatória este eixo, a fim de propor a discussão sobre o modelo de sistema de saúde nacional: o que deve ser complementar, complementar ou substitutivo, para a melhoria da saúde no país através de parceria entre os setores público e privado.

Na tipologia adotada pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) para definir Seguros-Saúde Privados Voluntários, que podem ser do tipo⁶ Duplicado, Complementar, Suplementar, Primário Principal ou Primário Substituto, a Saúde Suplementar brasileira mais se assemelha ao tipo Duplicado, onde os mesmos serviços são cobertos pelo seguro privado e pelo sistema público, ou seja, o seguro privado desempenha o papel de duplicar a cobertura do sistema público.

⁶ No tipo Suplementar os elementos de sofisticação, como hotelaria, requintes de luxo, escolha de medicamento não genérico, que são comodidades de serviços, comumente chamadas top-up, são contratadas pelo seguro privado porque o sistema público não as oferece.

No tipo Complementar os serviços cobertos pelo sistema público são parcialmente financiados pelo sistema público e parcialmente financiados de forma privada, ou seja, realiza-se copagamento privado a serviços ofertados pelo sistema público. O usuário pode contratar o seguro privado para cobrir eventuais gastos com esse co-pagamento e nesse caso o seguro privado desempenha o papel de complementar o sistema público.

No tipo Primário é o seguro privado, e não o sistema público, que disponibiliza acesso aos principais serviços de saúde. Pode ser de dois subtipos: " Principal: quando não há opção de sistema público para a maior parte dos indivíduos, sendo o privado a principal possibilidade. " Substituto: quando há possibilidade de seguro social ou do sistema público, porém o indivíduo opta pelo seguro privado como exclusão à possibilidade à participação do sistema público.



Além dessa questão, há a proposta de criação de um sistema que permita a identificação única do cidadão, independentemente de qual sistema de saúde ele utiliza (público ou privado) e do futuro desenvolvimento do prontuário eletrônico de posse exclusiva de cada cidadão. Este sistema contribuirá na avaliação da saúde e do risco de cada beneficiário.

Atualmente, a relação público-privado ocorre no ressarcimento ao SUS. O Supremo Tribunal Federal - STF decidirá se é constitucional a norma que obriga as operadoras de plano de saúde a ressarcir o SUS pelos custos com o atendimento de pacientes segurados na rede pública. Muitas operadoras alegam que os planos de saúde têm caráter complementar e que o dever de assegurar o acesso à saúde é do Poder Público, conforme a Constituição Federal.

D) AMEAÇAS

Envelhecimento e Longevidade da População

O envelhecimento populacional deriva das seguintes razões:

Do envelhecimento natural do topo da pirâmide etária, resultante do acréscimo da percentagem da população idosa, em consequência de tendências demográficas endógenas normais. O acréscimo do número de indivíduos com 65 anos ou mais resulta da baixa taxa de mortalidade, e da mortalidade infantil com consequente aumento da esperança de vida ao nascer. Estes representam o avanço da medicina e de melhores condições de vida - melhores condições sanitárias, higiênicas, melhor alimentação, entre outras.

Uma segunda razão refere-se ao envelhecimento artificial do topo advindo da concentração de idosos em regiões particularmente atraentes, devido, por exemplo, às boas condições climáticas e existência de serviços especializados, ou ainda, devido às migrações dos jovens, quer internas quer externas (internacionais), que tem maior tendência para migrar.

A Baixa Taxa de Fecundidade, que será abordada a seguir, é também uma das razões do Envelhecimento da População.

Baixa Taxa de Fecundidade

O envelhecimento natural na base resulta da quebra da natalidade e da fecundidade característica de sociedades urbanas e industriais, com a consequente redução progressiva da camada mais jovem, no total da população.

A baixa da taxa da natalidade resultou de múltiplos fatores, como, por exemplo, o avanço da medicina, melhores condições de vida, baixa da mortalidade infantil, maior participação da mulher na vida ativa, aumento da idade média à data do primeiro casamento e uso de métodos de contracepção.

Custos crescentes dos Planos de Saúde

Segundo o ex-ministro da Previdência Social, José Cechin (entrevista publicada em 24/08/2010 para 10ª Jornada PRONEP de debate a sustentabilidade do sistema de saúde, disponível em: <http://www.minascorretora.com.br/blog/noticias-de-saude/10%C2%AA-jornada-pronep-debate-a-sustentabilidade-do-sistema-de-saude/>), em 30 anos mais de um quarto da população brasileira estará acima dos 59 anos. Essa faixa etária registra seis vezes mais gastos médicos do que as pessoas de 5 a 15 anos. Se a idade for acima de 70 anos, a relação é de mais de dez vezes, podendo chegar a 15 vezes.



Estatuto do Idoso, que limita aumentos até os 59 anos de idade

Estudos que vem sendo realizados para os problemas enfrentados pelo regime mutualista da Previdência Social, para se contrapor às consequências das mudanças demográficas em marcha, reconhecem que ajustes são inevitáveis para garantir sua continuidade. Tais ajustes resultariam em aumento das contribuições e diminuição dos benefícios, ou ainda, reformulações mais complexas como o aumento da idade de aposentadoria e mudança na base tributária para não incidência direta sobre os salários (Neto, 1997):

Segundo Neto, porém, os efeitos sociais adversos e a baixa popularidade, não incentivam a implementação do aumento de impostos e da diminuição dos benefícios. Esta é uma tarefa politicamente árdua de ser realizada. O aumento da idade de aposentadoria tem o mérito de aumentar o conjunto de contribuintes ao mesmo tempo em que diminui o número de beneficiários e a duração do benefício.

Neto sugere que para minimizar o impacto do aumento e tornar a proposta politicamente aceitável, é necessário que o ajuste seja feito com bastante antecedência em relação à crise e que o incremento seja gradual. A política de elevação da idade de aposentadoria pode ser vista como uma consequência lógica de expectativas de vida crescentes em todo o mundo.

Da mesma forma que na Previdência Social, a definição da idade do idoso aos 60 anos trazida pela Lei nº 10.741 de outubro de 2003, com reflexos no Pacto Intergeracional da Saúde Suplementar, é um tema social cuja alteração tem efeitos de popularidade adversos.

Não obstante, os dados recolhidos pela Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico para estudos de saúde de diversos países do mundo utilizam a idade de 65 anos como referência para idosos. Estudos da ONU acompanham a proporção da população com 60 anos ou mais (jovens idosos) e com 80 anos ou mais (idosos mais idosos).

O Parecer Técnico de 2009 da FIPECAFI - Diferenciação de Risco e Mensalidade ou Prêmio entre Faixas Etárias em Planos e Seguros de Saúde (disponível em: <http://www.iess.org.br/html/FaixaEtariaParecerTecnicoAtuarial.pdf>) relata que:

“Estudo de Fukui e Iwamoto (2006) demonstra que os gastos “per capita” em saúde para pessoas com mais de 75 anos são 7,5 vezes superiores do que para os jovens entre 15 e 19 anos de idade, ao passo que o estudo de Pellikaan e Westerhout (2005) aponta que em todos os países da Europa analisados os gastos aumentam em até mais de 10 vezes para idades acima de 70 anos em relação aos gastos para as faixas etárias dos 5 aos 19 anos (CECHIN et al, 2009).”

É importante aproveitar a antecedência permitida pelo Bônus Demográfico para que eventuais ajustes na Lei do Idoso sejam implementadas.



VI - Matriz de Análise Estratégica

A construção e análise da matriz estratégica foram fundamentadas no estudo das competências e atribuições da ANS. Este diagnóstico foi elaborado a partir de um trabalho de levantamento de dados e análise do seu ambiente externo e interno. Baseou-se na metodologia desenvolvida por Marcelino (MARCELINO, 2004c) para elaboração desta parte da nota.

Após relacionar todas as ocorrências para as variáveis externas (ameaças e oportunidades) e internas (pontos fortes e fracos), foram colocadas na matriz as ocorrências com maior número de registro. A pontuação obtida para cada quadrante foi determinada pela autora, de acordo com a relação existente entre as variáveis (figura 8).

A partir da análise dos valores foram identificados o potencial ofensivo e defensivo, a debilidade ofensiva e a vulnerabilidade da ANS, conforme descrito a seguir:

Potencial ofensivo: O potencial ofensivo da ANS em relação ao Pacto Intergeracional (oportunidades x pontos fortes) apresenta um resultado otimista de 24 pontos. Dá-se destaque ao Programa de Envelhecimento Ativo e o estudo dos Mecanismos de Regulação dos planos de saúde, que podem muito contribuir para a assistência ao idoso.

Potencial defensivo: O resultado de 23 pontos do potencial defensivo da ANS (ameaças x pontos fortes), também é otimista, mostrando que a ANS poderá enfrentar com êxito os fatores externos, sobretudo quanto aos estudos dos mecanismos de regulação dos planos de saúde para moderar os custos crescentes na saúde.

Debilidade ofensiva: A debilidade ofensiva da ANS é pouco significativa, com 16 pontos obtidos. A judicialização, que é um ponto fraco, não é tão significativa a ponto de restringir o aproveitamento das oportunidades. As oportunidades oferecidas pelo ambiente externo, tal como, a assistência ao idoso, são mais significativas.

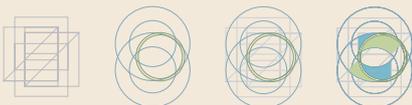
Vulnerabilidade: O envelhecimento da população faz com que a ANS retorne à formulação da base de dados que possibilite estudos sobre o impacto nos planos de saúde, face aos custos crescentes juntamente com a incorporação tecnológica de procedimentos de alto custo. Ou seja, há uma relação forte entre os pontos fracos e as ameaças. O resultado obtido foi de 20 pontos.



Figura 8: Matriz de Análise Estratégica

1. Pouco significativa
2. Significativa
3. Muito significativa

			Fatores Externos							
			Oportunidades			Subtotal	Ameaças			Subtotal
			Bônus Demográfico	Assistência ao Idoso	Interação entre o sistema público e privado		Lei do Estatuto do Idoso limita os aumentos até os 59 anos de idade	Envelhecimento e Longevidade da População	Custos crescentes dos Planos de Saúde	
Fatores Internos	Pontos Fortes	Incorporação tecnológica de procedimentos com diretriz de utilização	1	3	2	6	1	3	3	7
		Programa de Envelhecimento Ativo	3	3	3	9	2	3	3	8
		Estudo dos Mecanismos de Regulação dos Planos de Saúde	3	3	3	9	3	2	3	8
	Subtotal		7	9	8	24	6	8	9	23
	Pontos Fracos	Judicialização, obrigando à redução arbitrária da relação de 6 vezes do Pacto Intergeracional	1	2	3	6	3	2	1	6
		Bases de Dados da ANS não possuem informação de despesa por idade, dificultando a formulação de estudos e modelagem matemática	2	2	1	5	2	2	3	7
		Incorporação tecnológica de procedimentos que elevam os custos	1	2	2	5	1	3	3	7
	Subtotal		4	6	6	16	6	7	7	20



V - Alternativas

Com relação aos Pontos Fracos, as alternativas para a judicialização, obrigando à redução arbitrária da relação de seis vezes do Pacto Intergeracional são ações da ANS, no sentido de esclarecer as regulamentações editadas pela ANS para o Judiciário em todo o país. A ANS já tem agido nesta linha através do Programa Parceiros da Cidadania.

O Programa Parceiros da Cidadania reúne instituições tais como PROCONS municipais e estaduais que possuem acordos de cooperação técnica com a Agência para a troca de experiências, oficinas de capacitação, seminários e outras atividades que melhorem cada vez mais a interlocução da ANS com a sociedade.

A questão da judicialização dos conflitos na saúde suplementar traz o desafio de implementar uma nova consciência dos consumidores, que devem adquirir um papel de protagonismo na regulação, com o conhecimento e exercício de seus direitos.

Com relação às Bases de Dados da ANS não possuem informações de despesa por idade, dificultando a formulação de estudos e modelagem matemática, poderia ser realizada uma coleta de dados por operadora. Neste caso há o risco dos resultados apresentarem grandes disparidades, sendo inconclusivos. Outra opção é reformular um dos sistemas de coleta de dados da ANS a fim de obter as informações necessárias.

Já a Revisão do Rol de Procedimentos, que por vezes permite a incorporação tecnológica de procedimentos que elevam os custos assistenciais, a ANS tem calculado o impacto econômico-financeiro da implementação de novos procedimentos no Rol da ANS, e repassado, através do Reajuste Anual autorizado para os planos individuais novos, uma parcela para recomposição da Receita face ao aumento das Despesas. Para os planos coletivos o reajuste anual é livremente negociado, cabendo à OPS o cálculo para recomposição da Receita.

Dentre os seis Pontos Fortes apontados, quatro (Revisão do Rol de Procedimentos com incorporação tecnológica de procedimentos com diretriz de utilização; Programa de Envelhecimento Ativo; Possibilidade de Revisão da Regulamentação do Setor, redefinindo o Pacto Intergeracional; Estudo dos Mecanismos de Regulação dos Planos de Saúde) já estão contemplados na Agenda Regulatória da ANS, e a manutenção, por ora, do Pacto Intergeracional em seis vezes parece uma boa opção, até que estudos mais aprofundados possam apontar outro cenário.

Os riscos trazidos pelas Ameaças não podem ser administrados, já que são fatores externos. Porém, confrontando as Ameaças com as Forças Internas, verifica-se um alto potencial defensivo da ANS, que poderá minimizar algumas dificuldades executando as ações previstas em sua Agenda Regulatória de forma a auxiliar no cumprimento dos objetivos da Organização. Dentre as Ameaças que podem ser enfrentadas de forma articulada está a limitação de aumentos a partir dos 60 anos do Estatuto do Idoso, que potencialmente poderá dificultar a sustentabilidade do setor ao longo do tempo.

Na análise do ambiente externo que pode favorecer o enfrentamento do Pacto Intergeracional na Saúde Suplementar Brasileira, identificou-se um elenco de Oportunidades, que trazem um potencial ofensivo otimista, o que significa que as qualidades existentes na estrutura da ANS são muito favoráveis ao aproveitamento das oportunidades que o ambiente oferece.

A priorização dos temas da Agenda Regulatória com a possibilidade de Revisão da Regulamentação do Setor, redefinindo o Pacto Intergeracional, vão ao encontro do Bônus Demográfico e da Política de Interação entre o Sistema Público e Privado.

A ANS inseriu em sua Agenda Regulatória este eixo, a fim de propor a discussão sobre o modelo de sistema de saúde



nacional: complementar, complementar ou substitutivo, para a melhoria da saúde no país através de parceria entre os setores público e privado.

Na discussão sobre modelo de sistema de saúde nacional, deve-se considerar que planos de saúde em que os prêmios são estabelecidos em valor uniforme para todos os segurados, independentemente dos fatores de risco associados a cada um, tendem a ser compulsórios, pois, desta forma, se consegue contornar o problema da seleção adversa.

Em alguns casos, a compulsoriedade de contratação decorre de norma imposta pelo Estado, em outros casos é implementada mediante a contratação de seguros coletivos via empregador, onde todos os funcionários da empresa e seus dependentes são obrigatoriamente segurados.



VI - Conclusão

O Pacto Intergeracional vigente na saúde suplementar depende de ampla discussão com os atores do setor e com a sociedade.

Os ajustes necessários para aumentar a sustentabilidade atuarial e garantir a solvência do sistema no longo prazo afetam os vários grupos que viabilizam o esquema de solidariedade geracional.

A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Por isso, além das questões referentes ao equilíbrio dos planos, os aspectos relativos à eficácia do sistema em atingir seus objetivos torna-se essencial para avaliar as políticas empreendidas e propostas na área da saúde.

Além disso, um dos Princípios da Boa Governança Regulatória publicados no catálogo pela OCDE em 2004 é a Visão de Futuro, onde o governo é capaz de antecipar problemas baseando-se em dados correntes e tendências, e de elaborar políticas que levem em conta custos futuros e mudanças antecipadas (de ordem demográfica, econômica e ambiental, por exemplo).

A saúde suplementar está entre as principais demandas de consumidores. O segmento saúde, incluindo planos de saúde e demais serviços médicos, aparece no ranking do Sistema Nacional de Informações de Defesa do Consumidor (SINDEC, 2010) como o quinto mais reclamado. Por outro lado, de acordo com pesquisa realizada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) em parceria com a DATAFOLHA, o plano de saúde é o segundo item na lista dos 12 mais desejados, para os que não possuem esse benefício. O único sonho de consumo que o supera é o da casa própria. (disponível em <http://www.iess.org.br/>)

A partir da análise da situação atual do Pacto Intergeracional na saúde suplementar e sua regulamentação, foi realizada uma análise de SWOT. Com esta ferramenta de planejamento estratégico buscou-se a oportunidade de promover discussão sobre os objetivos em longo prazo e sobre os meios e ações para alcançá-los.

Dentre os fatores internos e externos analisados, verificou-se que os pontos fortes apresentam uma relação significativa com as oportunidades. Isto pois os itens que a ANS priorizou como temas a serem debatidos em sua Agenda Regulatória, tais como o Programa de Envelhecimento Ativo e a Incorporação Tecnológica advinda da revisão do Rol de Procedimentos da ANS, vão ao encontro das políticas do Ministério da Saúde para assistência ao Idoso, e do prazo para implementação de propostas gerado pelo Bônus Demográfico. Este potencial ofensivo à questão do Pacto Intergeracional pode ser aumentado com discussão da interação entre o público e o privado, bem como a análise dos mecanismos de Regulação dos Planos, que orientam os preços dos planos de saúde.

Por outro lado, a ameaça dos custos crescentes na saúde, do envelhecimento e da longevidade da população, exprime certo grau de vulnerabilidade, pois os elementos internos (fraquezas) não absorvem o impacto destas ameaças. Para combater esta vulnerabilidade, a ANS deve realizar estudos mais aprofundados, com a ajuda de instituições e convênios externos (exemplo: Judiciário, IBGE, Instituições de Pesquisa, Universidades, Ministérios), que apresentem relação mais significativa com as ameaças apontadas.

A possibilidade de Revisão da Regulamentação do Setor, redefinindo o Pacto Intergeracional, é um potencial defensivo à ameaça presente da longevidade da população. No Canadá, por exemplo, estudos apontaram que a idade mínima de aposentadoria deveria passar de 65 para 69 anos, e que tal aumento seria realizado de forma progressiva, à razão de



dois meses por ano-calendário, dando tempo suficiente para informar a população das consequências da mudança, e permitindo o ajuste de seus planos de previdência privados.

Portanto, revisar a idade limite para o Pacto Intergeracional pode ser uma ação para garantir a sustentabilidade do setor no longo prazo.

O fato das Bases de Dados da ANS não possuírem informações suficientes para formulação de estudos e modelagem matemática que redefinam o Pacto Intergeracional, é um ponto identificado como fraco, na dinâmica operacional e funcional, bastante significativo. Para que não comprometa o potencial que existe para as ações de sustentabilidade do setor, reforça-se a necessidade de criação de parcerias para realização dos seguintes estudos:

- Pesquisa dos sistemas disponíveis na ANS para definição das variáveis necessárias para projeção da população de planos de saúde (até 2050) e revisão do pacto intergeracional vigente
- Cenário Internacional - ações dos países para lidar com o envelhecimento da população.
- Estudo das Faixas Etárias vigentes (10 faixas).
- Estudos para revisão do pacto intergeracional atual (6x)
- Projeções do envelhecimento da população de planos de saúde até 2050.

As forças, fraquezas, oportunidades e ameaças apresentadas na matriz SWOT dizem respeito ao atual momento. Portanto, esta análise não tem fim em si mesma, já que o dinamismo dos ambientes interno e externo exige um acompanhamento periódico, para que novos diagnósticos possam ser realizados.



VII – Referências Bibliográficas

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 28, de 26 de junho de 2000.** Rio de Janeiro: ANS, 2000. Disponível em: http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=387
Acesso em: 01 set. 2011.

_____. **Resolução Normativa – RN nº 63, de 23 de dezembro de 2003.** Rio de Janeiro: ANS, 2001a. Disponível em: http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=748.
Acesso em: 01 set. 2011.

_____. **Resolução Normativa – RN nº 265, de 22 de agosto de 2011.** Rio de Janeiro: ANS, 2001a. Disponível em: http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1796. Acesso em: 01 set. 2011.

_____. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar : beneficiários, operadoras e Planos – Em Pauta.** Rio de Janeiro: ANS, mar. de 2010. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2010_mes03_caderno_informacao.pdf Acesso em : 01 de setembro de 2011.

_____. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar : beneficiários, operadoras e Planos.** Rio de Janeiro: ANS, set. de 2011. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2011_mes09_caderno_informacao.pdf

_____. Nota Técnica da RN 265/11: **RN de Incentivos à participação em Programas de Promoção à Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças.** Rio de Janeiro: ANS, 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/20110822notatecnicabonificacaopremiacao.pdf> Acesso em : 01 de setembro de 2011.

_____. Relatório Executivo: **Experiências de Financiamento da Saúde dos Idosos em Países Selecionados.** Rio de Janeiro: ANS, 2011. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/relatrio_executivo_financiamentosauideosos.pdf Acesso em : 01 de setembro de 2011.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 jun. 1998.

_____. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 out. 2003.

ALVES, José Eustáquio Dinis. **O Bônus Demográfico e o Crescimento Econômico no Brasil**, 2004. Disponível em: www.ie.ufrj.br/aparte

ALVES, Washinton Oliveira. **Gestão de Riscos Corporativos: uma abordagem para Operadoras de planos de saúde.** Rio de Janeiro, 2011. 119 p. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Administração) - Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Adm. E Economia, IBMEC, 2011.



ANDRADE, Mônica Viegas. **Financiamento do Setor de Saúde Suplementar no Brasil**: uma investigação empírica a partir da PNAD/98. In Documentos Técnicos de Apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Série B: Textos Básicos de Saúde, Regulação & Saúde, v. 3, t. 1. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

BELTRÃO, K. I., A. A. CAMARANO e S. KANSO (2004). Texto para discussão no.: 1034: **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**. Rio de Janeiro: IPEA.

BROWN, Robert. **“Paygo funding and intergenerational equity”**. Transactions of the Society of Actuaries XLVII (1995). Society of Actuaries, pp. 115-141

BROWN, Robert L. and IGLESIAS, Ferdinand Ag. **“Social Security Stability: An Age of Eligibility Model”**. Report 89-10 of Institute of Insurance and Pension Research. University of Waterloo, 1989.

Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Financeiras (FIPECAFI). Parecer Técnico: **Diferenciação de Risco e Mensalidade ou Prêmio entre Faixas Etárias em Planos e Seguros de Saúde**. São Paulo: FIPECAFI, 2011. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/html/FaixaEtariaParecerTecnicoAtuarial.pdf>> Acesso em: 01 de setembro de 2011.

KOTLER, Philip; ARMSTRONG, Gary. **Princípios de Marketing**. 12. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

LEAL, R.M.; MATOS, J.B.B. (2008b). **Planos de Saúde no Brasil no Período Pós-Regulação**: Uma Análise Do Perfil De Beneficiários E Dos Aspectos Econômicos Segundo Tipo De Contratação. II Prêmio de Saúde Coletiva do IESC/UFRJ. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/cursos/semanadesaudecoletiva/Evolu%E7%E3o_Socio_Economico.pdf>

LEBRAO, M. L., LOUVISON, M. C. P., DUARTE, Y. A. O. (2008). **A Regulação da Saúde Suplementar e o Direito da Pessoa Idosa à Assistência à Saúde**. Revista de Direito Sanitário, v. 9, p. 190-206.

LEITÃO, J.; DEODATO, C. **Porter e Wehrich**: Duas faces de uma matriz estratégica para o desenvolvimento da indústria de moldes portuguesa. 22p. Disponível em <<http://129.3.20.41/eps/io/papers/0506/0506007.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2007.

LOBATO, D. M. **Administração Estratégica**: uma visão orientada para a busca de vantagens competitivas. Rio de Janeiro: Editoração, 2000.

MARCELINO, G. F. INTRODUÇÃO AO PLANEJAMENTO E À ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA. In: MARCELINO, G. F. (Org.). **Gestão estratégica em universidade**: a construção da FACE-Unb. Brasília: Unb, 2004a. P. 29-37.

_____. METODOLOGIA DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO. In: MARCELINO, G. F. (Org.). **Gestão estratégica em universidade**: a construção da FACE-Unb. Brasília: Unb, 2004b. P. 61-77.

_____. O PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICO DA FA. In: MARCELINO, G. F. (Org.). **Gestão estratégica em universidade**: a construção da FACEUnb. Brasília: Unb, 2004c. P. 139-154.

MATOS, João Boaventura Branco de. **As transformações da Regulação em Saúde Suplementar no Contexto as Crises e Mudanças do Papel do Estado**. Rio de Janeiro, 2011. 297 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2011.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL (MPAS). **Informe de Previdência Social** nº 04, Volume 14, de



abril de 2002. Brasília: MPAS, 2002. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3_081014-104504-401.pdf>

Acesso em: 01 out. 2010.

NETO, Sátyro Florentino Teixeira: **Métodos de Financiamento da Previdência Social - Uma Síntese**. Fortaleza, 1997, 46 p. Trabalho de Conclusão de Curso Ciências Atuariais - Universidade Federal do Ceará, 1997.

OLIVEIRA, D. P. R. **Planejamento estratégico**: conceitos, metodologia e prática. São Paulo: Atlas, 1987.

REIS, C.B.; TURRA, C. M.. **Desigualdade regional na distribuição dos recursos previdenciários**: uma análise das transferências intrageracionais e de período. UFMG/CEDEPLAR. , Texto para discussão nº 447, set. 2011. 29p. Disponível em: <<http://mirage.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20447.pdf>>

SAMPAIO, José Adércio Leite; WOLD, Chris; NARDY, Afrânio. **Princípios de Direito Ambiental**. Belo Horizonte, Del Rey: 2003. 284 p.

