

# **ARR - AVALIAÇÃO DE RESULTADO REGULATÓRIO**

## **Revisão dos Parâmetros da RN 441/2018**

**Revisão dos Parâmetros que Compõem a Metodologia de  
Cálculo do Reajuste Anual dos Planos Individuais e Familiares Regulamentados**

**Dezembro de 2023 revisado em outubro de 2025**

**Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos  
Gerência-Geral Regulatória da Estrutura dos Produtos  
Gerência Econômico-Financeira e Atuarial dos Produtos**

**ANS**

## Sumário

<b>Sumário executivo .....</b>	<b>3</b>
<b>Justificativa e Finalidade pretendida com a ARR.....</b>	<b>4</b>
<b>1. Contexto de Implementação da RN 441/18 .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Objetivos da Regulação de Reajustes dos Planos Individuais .....</b>	<b>6</b>
<b>SEÇÃO I.....</b>	<b>6</b>
<b>3. Elementos da Fórmula de Cálculo do Reajuste dos Planos Individuais .</b>	<b>6</b>
<b>SEÇÃO II .....</b>	<b>13</b>
<b>4. Contexto da Oferta dos Planos Individuais e Familiares .....</b>	<b>13</b>
<b>5. Conclusão e Recomendações .....</b>	<b>25</b>

## Sumário executivo

A presente Avaliação de Resultado Regulatório (ARR) analisa os resultados da implementação da Resolução Normativa nº 441/2018 e discute sobre a eventual pertinência de atualização dos parâmetros da fórmula de cálculo do Índice de Reajuste dos Planos Individuais (IRPI).

Esta análise toma como pano de fundo as condições de demanda e oferta de planos individuais, considerando aspectos históricos e estruturais de organização deste segmento do mercado de planos de saúde no país. Tal perspectiva permite uma compreensão ampla sobre a dinâmica deste segmento e apura as lentes para melhor explicar o passado e tentar prever possíveis futuros. Isto é, ao estabelecer os fundamentos conceituais que correlacionam a demanda de planos individuais às variações do PIB, permite singularizar esta variável como potente preditor para o desempenho do mercado de planos individuais.

Especificamente sobre o papel da RN 441/18 no mercado de planos individuais, esta ARR conclui que a implementação do normativo, ao trazer avanços em termos de transparência e previsibilidade no cálculo, aliada à sua melhor adequação técnica com mais firme ancoragem à variação de custos dos próprios planos individuais, **conduziu o mercado a um melhor cenário para o desenvolvimento sustentado desses planos.**

No tocante à avaliação dos parâmetros de cálculo do IRPI, a análise revisitou 5 pontos de discussão, temas estes já apresentados à sociedade ao longo do processo de construção do normativo:

- Pertinência sobre o cálculo da Variação da Despesa Assistencial - VDA regionalizada
- Ponderação com inflação geral na proporção 80% x 20%
- Utilização do IPCA como ponderador para as despesas não assistenciais
- Aplicação do Fator de Variação de Receitas de Faixa-Etária (VFE)
- Aplicação do Fator de Ganhos de Eficiência (FGE)

Estas análises concluíram pela manutenção dos atuais parâmetros em todos os elementos da fórmula. Recomendou ainda que, no momento de cálculo do parâmetro do próximo ciclo do FGE (aplicação a partir de 2027) avalie-se a possibilidade de redução da proporção de operadoras consideradas acima do limite de tendência central. Esta recomendação visa reduzir a presença de operadoras de grande porte compondo a amostra de cálculo do FGE, pois este fenômeno contraria as premissas conceituais do FGE.

## **Justificativa e Finalidade pretendida com a ARR**

### **1.1. Justificativa**

No exercício de sua competência regulatória, detalhada no inciso XVII do art. 4º da Lei 9.961/00, a ANS acompanha e autoriza os reajustes dos planos de saúde regulamentados. No caso específico dos planos individuais, a Agência estabelece o limite máximo do índice anual de reajuste e para isto desenvolveu metodologia de cálculo própria, normatizada pela RN 441/18 e que vem sendo aplicada desde 2019.

O Art. 16 da RN 441/18 estabelece que os parâmetros da metodologia devem ser revistos a cada quatro anos. Em linha com esta orientação mais geral de revisão quadrienal dos parâmetros da fórmula, o parágrafo único do Art. 5º da norma estabelece de maneira mais direta que o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE) deve ser recalculado a cada quatro anos, tendo seu primeiro ciclo prevalecido nos anos de 2019 a 2022.

Considerando que o tema reajuste dos planos individuais tem ampla repercussão na economia e impacto no setor de saúde suplementar e que estas exigências normativas colocadas pela RN 441/18 ensejam a necessidade de revisitar os parâmetros do cálculo, a ANS entendeu adequado empreender com esta revisão uma análise de maior escopo e densidade, através de uma Avaliação de Resultado Regulatório (ARR) da aplicação do normativo.

Deve-se destacar que a RN 441/2018 inaugura uma nova fase no estabelecimento do limite máximo do reajuste anual dos planos individuais regulamentados, pois, até seu advento este limite era determinado tendo como referência os reajustes dos contratos coletivos. A inovação trazida pelo normativo, coloca bases novas à metodologia de cálculo, **ancorando-a à dinâmica de variação de custos dos próprios planos individuais, além de trazer maior transparência ao processo e melhor previsibilidade sobre os resultados.**

Portanto, esta Avaliação de Resultado Regulatória busca capturar os efeitos desta nova abordagem no cálculo do índice máximo de reajustes dos planos individuais regulamentados, ao passo que propõe a atualização dos parâmetros usados na fórmula.

### **1.2. Finalidade**

Buscou-se com esta ARR avaliar a adequação do valor dos parâmetros da fórmula de cálculo do Índice de Reajuste dos Planos Individuais (IRPI), incluindo (i) a possibilidade de cálculo da VDA por região, (ii) a ponderação com o IPCA, (iii) o próprio uso do IPCA como índice de eleição para refletir a variação das despesas não-assistenciais, (iv) a finalidade do VFE e (v) o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE).

Definiu-se ainda a análise das condições de oferta de planos individuais e familiares pelas operadoras como critério objetivo de avaliação do resultado de implementação da norma. Isto permitiu avaliar o quanto o normativo afetou a participação das operadoras neste segmento do mercado.

**A ARR da RN nº 441/18 possui duas finalidades:**

- a) Avaliar se os parâmetros para o cálculo do reajuste máximo das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares estão adequados ou se necessitam ser alterados; e

- b) Avaliar se a publicação da RN nº 441/18 impactou na oferta de planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares.

## 1. Contexto de Implementação da RN 441/18

A elaboração da RN 441/18 ocorreu no decurso de permanente e extenso debate com a sociedade, alicerçado sobre construção técnica requerida para o confronto de alternativas que se delinearam com o objetivo de substituir o modelo de reajuste anterior. Este processo foi liderado pela Diretoria de Produtos (DIPRO) da ANS e conduzido tecnicamente pela Gerência Econômico-Financeira e Atuarial dos Produtos (GEFAP).

A metodologia então utilizada para o cálculo dos reajustes dos planos individuais era inspirada no modelo *yardstick competition*, utilizando como parâmetro os reajustes dos planos coletivos. Ainda que esta metodologia encontrasse amparo na literatura econômica, ela não seguiu imune a críticas que apontassem suas limitações. O relatório fruto da cooperação técnica ANS/OPAS TC 42<sup>1</sup> ainda que ratificasse os méritos da racionalidade econômica da aplicação do *yardstick competition* no contexto específico da saúde suplementar, também explicitava suas fragilidades, todas baseadas nas diferenças das carteiras e nas dinâmicas comerciais entre planos individuais e coletivos:

1. Os planos coletivos se caracterizam como contratos de curto prazo, enquanto os planos individuais são de longo prazo;
2. As negociações anuais dos planos coletivos envolvem tanto o valor do reajuste quanto o formato do contrato (p. ex. amplitude da rede hospitalar, inclusão de fator moderador, etc.). Por outro lado, não há negociações de reajustes nos contratos individuais, tampouco esses contratos são alterados como parte da negociação.
3. A carteira dos planos coletivos tem perfil etário mais jovem do que a carteira dos planos individuais.

Podemos, em verdade, destacar que as desvantagens da metodologia anterior à atual incluíam a defasagem entre o período de apuração do índice e sua aplicação à mensalidade dos planos individuais; a baixa transparência<sup>2</sup> dos dados utilizados para apuração do índice e o fato desses dados não se referirem aos custos específicos da carteira de planos individuais.

Já o modelo que prevaleceu às discussões da reforma da metodologia de cálculo dos reajustes individuais, referido como *value cap*, superava as desvantagens apresentadas no método de cálculo anterior, notadamente por:

- i) proporcionar maior transparência, pois utiliza bases públicas, disponíveis na Internet, inclusive permitindo o cálculo por agentes externos;

---

<sup>1</sup> Disponível em:

[http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/2018/reuniao\\_8\\_avaliacao\\_da\\_metodologia\\_e\\_dos\\_resultados\\_do\\_price\\_cap.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2018/reuniao_8_avaliacao_da_metodologia_e_dos_resultados_do_price_cap.pdf)

<sup>2</sup> Os comunicados de reajustes de planos coletivos informados pelo sistema RPC à ANS começaram a ser divulgados no site da ANS e no Portal de Dados Abertos no ano de 2019. Até então, essas informações não eram publicizadas.

- ii) ancorar o valor do índice de reajuste especificamente à variação dos custos dos planos individuais; e
- iii) diminuir a defasagem temporal dos dados utilizados no cálculo.

## **2. Objetivos da Regulação de Reajustes dos Planos Individuais**

Reajustes são instrumentos contratuais que se propõem a garantir que as receitas advindas das mensalidades acompanhem a projeção futura (dos próximos 12 meses) de variação dos custos da prestação do serviço. Num cenário onde a precificação do produto tenha se dado de forma adequada, o reajuste aplicado deve manter as condições iniciais do contrato, de modo que o valor das contraprestações acompanhe a evolução dos custos e, assim, satisfazendo a expectativa de continuidade de cobertura pelo consumidor, com reajustes aderentes à realidade econômica e assegurando o equilíbrio financeiro das operadoras.

A chave para se atingir esse índice ótimo de reajuste, portanto, está na utilização de uma metodologia de cálculo que reflita os custos do serviço prestado.

Espera-se daí que a regulação dos reajustes dos contratos individuais consiga imprimir no índice de reajuste o padrão de variação de custos desses contratos e ofereça um ambiente de negócio estável, previsível, assegurando a manutenção da entrega dos serviços assistenciais com qualidade.

Objetiva-se que a regulação dos reajustes individuais seja capaz de:

- Ter o cálculo baseado no perfil de risco da carteira de contratações individuais;
- Reduzir ou impedir o vício estrutural, isto é, variações imprevistas – positivas ou negativas em relação à real variação de despesas assistenciais;
- Estimular ganhos de eficiência do setor, não permitindo que as operadoras apenas repassem seus custos aos preços;
- Estimular ganhos de qualidade na prestação de serviços assistenciais ao beneficiário;
- Possibilitar a verificação externa do cálculo de reajuste, aumentando a transparência;
- Reduzir a defasagem temporal e aumentar a previsibilidade do índice de reajuste.

## **SEÇÃO I**

### **3. Elementos da Fórmula de Cálculo do Reajuste dos Planos Individuais**

A Resolução Normativa 441/18 é resultado de um longo período de estudos da área técnica da ANS na busca por um modelo de cálculo de reajuste que refletisse com maior precisão os custos operacionais no segmento dos planos individuais de assistência médica. A isto aliou-se reiteradas oportunidades de trocas com atores organizados da sociedade que puderam contribuir com críticas e sugestões ao modelo através de câmaras técnicas, audiências e consultas públicas, assegurando ampla participação social ao processo (SEI 33910.012414/2017-24).

Esta experiência resultou num modelo que superou a utilização dos reajustes dos planos coletivos como referência no estabelecimento do índice anual, para uma fórmula que se distingue por sua estrita ancoragem à estrutura de custos dos planos individuais a partir de dados públicos, transparentes e auditados, cuja fonte principal é o DIOPS (Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde). A este núcleo da fórmula representado no cálculo da variação das despesas assistenciais (VDA), pondera-se o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), expurgado da contribuição do subgrupo Planos de Saúde, obtendo-se, assim, um índice que se propõe a refletir a variação dos custos assistenciais e não-assistenciais das operadoras.

A este arcabouço central incorpora-se dois fundamentais elementos de ajuste: o Fator de Variação de Receita de Faixa-Etária (VFE) e o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE).

Estes ajustes são necessários porque o cálculo da VDA também captura variações de despesas assistenciais associados ao envelhecimento da carteira os quais, por sua vez, já são recuperados pelas operadoras nos aumentos de faixa-etária das contraprestações.

Quanto ao FGE, sua introdução à fórmula visa compartilhar com os consumidores os ganhos de eficiência obtidos pelas operadoras, ao passo em que este elemento também desarma um modelo que seria senão simples repasse de custos passados.

Esquemáticamente, esta fórmula pode ser assim representada:

$$IRPI = 80\% * \left[ \left( \frac{1+VDA}{1+VFE} - 1 \right) - FGE \right] + 20\% * [IPCA \textit{ Exp}]$$

Onde,

IRPI = Índice de Reajuste dos Planos Individuais

VDA = Variação das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares posteriores a Lei 9.656/98.

VFE = Fator de Variação da Receita por Reajuste Faixa Etária dos planos individuais médico-hospitalares posteriores a Lei 9.656/98.

FGE = Fator de Estímulo a Ganhos de Eficiência.

IPCA Expurgado = Índice de Preços ao Consumidor Amplo expurgado do subgrupo Planos de Saúde

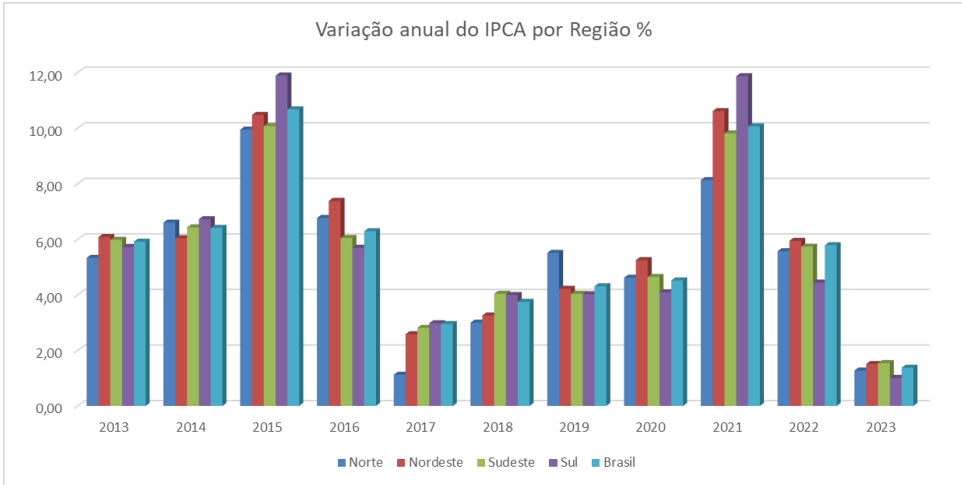
Com os pontos a seguir, pretende-se discutir, item a item, os elementos da fórmula de cálculo dos reajustes dos planos individuais e familiares regulamentados, refletindo sobre a necessidade de possíveis ajustes em seus parâmetros, balizadas por princípios que possam lhe imprimir melhorias em termos de eficiência, transparência, equilíbrio e sustentabilidade do mercado. Para a atualização dos parâmetros da fórmula de cálculo do reajuste, considera-se os seguintes pontos, alguns deles oriundos de contribuição do debate público para alteração da metodologia:

### **1.1 Sobre o cálculo de VDA regionalizada**

A prática de preços diferenciada por região é uma percepção de senso comum. De fato, o preço de uma mercadoria pode variar muito de uma região para outra. Em linhas gerais, são esperados preços mais elevados em regiões mais ricas do que os verificados em regiões mais pobres. Noutros termos, não é incomum os consumidores adquirirem bens ou serviços iguais ou similares por diferentes preços em diferentes praças.

Todavia, tal fato se restringe aos preços praticados, mas não às suas variações, cuja base é determinante para fins de reajustes. Para fins de demonstração deste fenômeno, utilizou-se a variação do IPCA por região nos últimos dez anos. Este fenômeno pode ser observado no Gráfico 1, abaixo, para o período de 2013 a 2023.

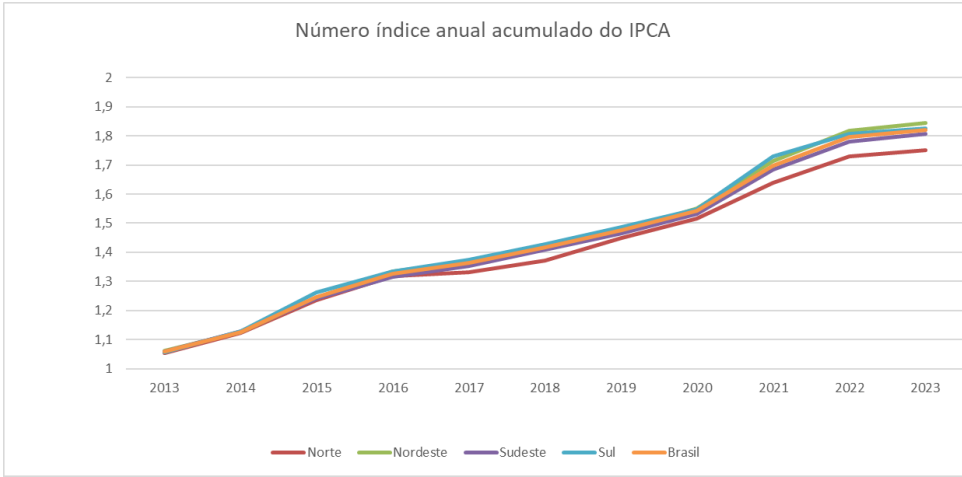
Gráfico 1 – Variação Anual do IPCA por Macrorregião



A série da variação anual do IPCA por região demonstra não haver diferenças relevantes entre as regiões e média nacional. Ademais, o acúmulo desses índices ao longo do tempo teria produzido diferenças irrelevantes entre as regiões.

O Gráfico 2 demonstra que os índices regionais verificados têm um padrão acumulado praticamente idêntico ao longo do tempo. Pela análise do gráfico, nota-se apenas um pequeno desvio (4% em relação à média nacional) da região norte em relação às demais, mas há que se destacar que este índice é aqui representado somente pela cidade de Belém, a única representante da região no cálculo do IPCA.

Gráfico 2 – IPCA (número índice) Acumulado por Macrorregião – 2013 a 2023.



O Quadro 1 sanciona a premissa de que os preços relativos tendem a se alinhar ao longo prazo. Em nenhuma das regiões se verificou um comportamento abaixo ou acima da média nacional em período inferior a três dos dez anos completos aqui analisados. Além disso, considerando o



mesmo horizonte de dez anos, não se verificou comportamento abaixo ou acima em mais do que seis anos.

Quadro 1 – Posição Relativa à Média Nacional do IPCA por Macrorregião, 2013 a 2022

Região/Ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Norte	ABAIXO	ACIMA	ABAIXO	ACIMA	ABAIXO	ABAIXO	ACIMA	ACIMA	ABAIXO	ABAIXO
Nordeste	ACIMA	ABAIXO	ABAIXO	ACIMA	ABAIXO	ABAIXO	ABAIXO	ACIMA	ACIMA	ACIMA
Sudeste	ACIMA	ACIMA	ABAIXO	ABAIXO	ABAIXO	ACIMA	ABAIXO	ACIMA	ABAIXO	ABAIXO
Sul	ABAIXO	ACIMA	ACIMA	ABAIXO	ACIMA	ACIMA	ABAIXO	ABAIXO	ACIMA	ABAIXO

Há ainda que se considerar que o serviço de planos de saúde apresenta uma maior homogeneidade em termos regionais do que itens normais de bens de consumo ou serviços como aqueles medidos pelo IPCA, seja em função de sua complexidade ou de suas características de abrangência inter-regional. Ademais, há que se acrescentar que o IVDA é um índice de valor, cuja composição também depende da variação do padrão de utilização. Neste caso, variações regionais relevantes também não seriam esperadas a menos que houvesse diferenças relevantes na composição etária e epidemiológica da população coberta, entre as regiões.

Por fim, merece destaque as limitações de ordem operacional que eventual regionalização pudesse trazer haja vista a abrangência nacional de grande parte da oferta de planos.

**Considerando, portanto, que as variações de preços entre as regiões não apresentam diferenças relevantes em relação à média nacional, bem como as dificuldades de ordem prática quanto à operacionalização de um índice regionalizado para o IRPI, entende-se que a adoção de um índice único nacional é o encaminhamento mais adequado.**

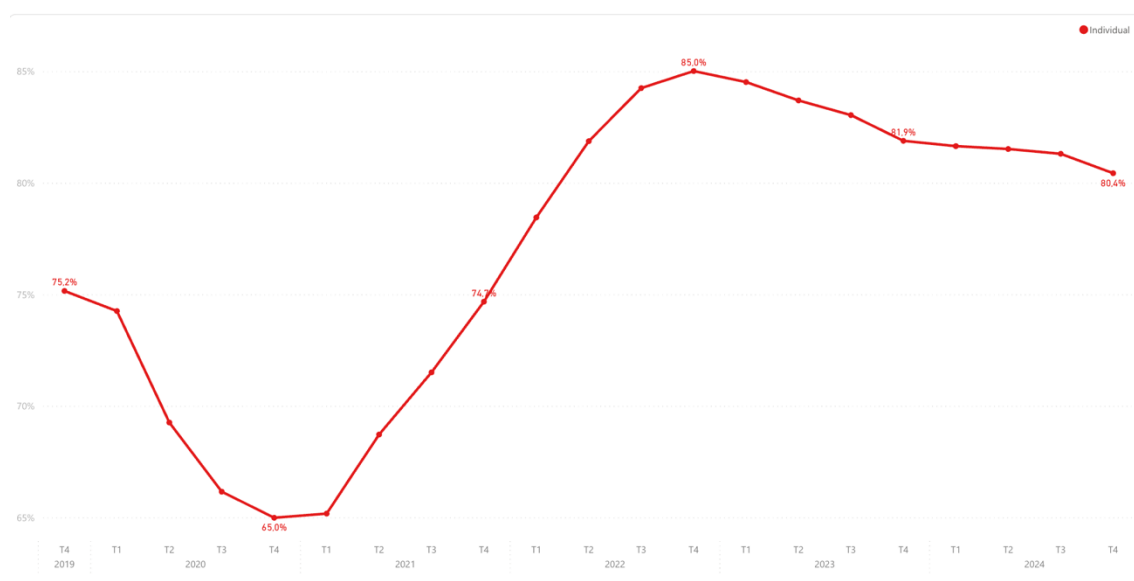
## 1.2 Ponderação pela Sinistralidade dos Planos

Os custos operacionais das operadoras podem ser divididos em assistenciais e não assistenciais. Historicamente, em média, oitenta por cento das despesas das operadoras médico-hospitalares são de natureza assistencial. Desde 2021, a sinistralidade do setor tem apresentado um viés de alta, em larga medida por consequência da desaceleração das receitas de contraprestação em virtude reajuste negativo daquele ano, cujos efeitos se estenderiam até abril de 2022, quando os últimos contratos teriam reajustes negativos aplicados.

Esta oscilação na sinistralidade guarda relação direta com os efeitos causados pelo choque da pandemia de covid-19 sobre os padrões de utilização de serviços de saúde e pela conexão existente entre variações de despesas e reajustes das receitas. Vale lembrar que 2020 apresentou histórica redução na frequência *per capita* de serviços de saúde, refletindo diretamente sobre a VDA e consequentemente sobre os reajustes de 2021 (-8,19%) e 2022 (15,5%) nos planos individuais.

Desde o quarto trimestre de 2022, no entanto, a sinistralidade observada nos planos individuais vem apresentando tendência de queda. Após atingir o valor máximo de 85%, no quarto trimestre de 2022, o indicador voltou a regredir ao longo de 2023 e 2024, terminando o quarto trimestre de 2024 em 80,4%, no resultado acumulado em 12 meses (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Sinistralidade da Carteira Própria de Planos Individuais Novos



Nota: Operadoras médico-hospitalares, acumulado em 12 meses

Fonte: Painel de Resultado Assistencial, Sinistralidade por Carteira

**Entende-se, portanto, que o valor de 80 por cento utilizado na ponderação da fórmula deve ser mantido como referência para distribuição de despesas assistenciais e não-assistenciais.**

### 1.3 Sobre o uso do IPCA para o reajuste das despesas não assistenciais

As variações de preço das despesas operacionais não assistenciais das operadoras podem ser estimadas por um índice de preços geral da economia. A principal razão para adoção do IPCA como este índice se deve pelo fato de que ele representa o índice oficial de inflação do país. Outros motivos ainda reforçam sua utilização como índice de escolha para medir a variação de preços das despesas não operacionais, tais como:

- Sua metodologia é robusta e bem documentada e a variação de preços de todos os seus itens e subitens é disponível gratuitamente na página do IBGE. Isso permite que operacionalização do expurgo do subgrupo planos de saúde possa ser realizada tanto pela ANS quanto por qualquer outro agente externo que deseje reproduzir o método de cálculo do reajuste.
- As estimativas futuras sobre a inflação do Banco Central divulgadas através do Boletim Focus oferecem previsibilidade sobre o comportamento deste componente do modelo.
- Consistência com outros normativos da ANS já adotam o IPCA como referência (reajuste dos prestadores e reajuste de planos odontológicos).
- Outras agências também utilizam o IPCA para reajustarem preços em seus mercados. Este é o caso, por exemplo, da ANATEL, com o Índice de Serviços de Telecomunicações (IST), bem como da ANVISA que, através da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, controla o reajuste anual dos medicamentos baseando-se na variação do IPCA.

**Entende-se, portanto, que a eleição do IPCA como índice inflacionário para a ponderação do IRPI está adequada.**

#### **1.4 Sobre o expurgo da contribuição do reajuste de faixa-etária (VFE)**

A variação das despesas assistenciais (VDA) é calculada pela diferença percentual entre os custos das despesas assistenciais *per capita* de um ano para o seguinte. Parte desta variação ocorre porque os beneficiários da carteira envelhecem e aumentam sua utilização de serviços de saúde. Como as contraprestações dos planos de saúde já sofrem aumentos para acompanhar esse envelhecimento por via das variações de faixas etárias, este montante deve ser deduzido do total da VDA para que o aumento de preço não ocorra duplicado no momento da aplicação do reajuste anual.

**Considera-se, portanto, que o ajuste propiciado pelo VFE é conceitualmente necessário à fórmula e deve manter-se como proposto atualmente.**

#### **1.5 Sobre o Fator de estímulo à eficiência**

A regulação ótima incentivaria as operadoras a estabelecerem reajustes semelhantes às variações de custos, a promoverem melhorias em seus processos com o fim de aumentar a produtividade e a compartilhar os ganhos de produtividade com os consumidores.

Mirando estes objetivos, o Ministério da Fazenda em sua Nota Técnica SEI nº 10/2018/COGIS/SUPROC/SEPRAC-MF (SEI 7374686) recomendou à ANS:

*Enfim, esta Seprac recomenda à ANS que envide esforços para a) o desenvolvimento de uma metodologia de reajuste metodologicamente mais razoável e b) busque estratégias regulatórias que incentivem os agentes do mercado a reduzir os custos de produção de saúde mantendo-se dentro dos níveis aceitáveis de qualidade.*

De forma análoga, os consultores da Universidade Federal de Minas Gerais no documento técnico contendo sua análise da metodologia do *Price Cap* também avaliaram que:

*O fator de produtividade é incluído na fórmula de reajuste como um componente de incentivo para as operadoras, ao mesmo tempo, que permite aos consumidores incorporarem ganhos de eficiência do setor.*

A implementação do FGE objetiva promover maior eficiência na gestão das despesas dos planos individuais. Na ausência desse componente, o cálculo do reajuste ficaria restrito ao índice de recomposição da variação de despesas.

A despeito do fator contribuir negativamente para o cômputo do índice de reajuste, do ponto de vista da operadora, este gera incentivos para esta aumentar sua eficiência relativa. As operadoras mais eficientes têm um ganho uma vez que o repasse da eficiência para os consumidores é calculado através da média do setor.

Para o estabelecimento do parâmetro de eficiência compararam-se os resultados das variações das despesas assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares de cada operadora (VDA) com a tendência de variação de despesas do setor. Esta metodologia é detalhadamente descrita na NOTA TÉCNICA Nº 27/2018/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI [8683195](#)).

Tal qual está proposto na RN nº 441/18, o FGE é calculado quadrienalmente e aplicado anualmente à fórmula de reajuste. O primeiro ciclo de cálculo do FGE, baseado no período de 2014 a 2017, prevaleceu para os anos de 2019 a 2022, estabelecido no valor de 8,87% da VDA.

O parâmetro foi, então, atualizado movendo-se a média geométrica para os anos de 2019 a 2022, conforme os valores apresentados no Quadro 2, abaixo:

Quadro 2 – Valores Anuais da VDA e FGE, 2014 a 2022

Ano	VDA	Distância ponderada Q3	Proporção da VDA = RESULTADO DO FGE
2014	9,38%	1,10%	11,73%
2015	13,24%	0,87%	6,59%
2016	15,83%	1,28%	8,07%
2017	14,64%	1,45%	9,93%
Média 2014 a 2017	<b>13,24%</b>	<b>1,18%</b>	<b>8,87%</b>
2019	11,91%	1,21%	10,20%
2020	-9,20%	1,61%	17,45%
2021	20,35%	1,64%	8,04%
2022	12,69%	0,88%	6,92%
Média 2019 a 2022	<b>12,97%</b>	<b>1,29%</b>	<b>9,97%</b>

A NOTA TÉCNICA Nº 3/2023/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 26743273) traz o detalhamento da atualização do FGE para aplicação no quadriênio 2023, 2024, 2025 e 2026, conforme metodologia prevista na RN 441/18.

Um dos conceitos descritos do FGE é evitar o repasse das VDAs mais díspares de operadoras de pequeno porte. No entanto, observou-se no 2º ciclo de cálculo do FGE uma mudança na "curva" da VDA, com empresas de maior porte sendo identificadas no último quartil. Esse comportamento pode suscitar a necessidade de mudança do modelo, a fim de reconhecer um maior número de operadoras compondo o grupo que expressam a tendência central da VDA. Isso pode ser feito ajustando o recorte hoje estabelecido no terceiro quartil (Q3) para outros recortes (Decil 8, por exemplo) que assumam um menor número de operadoras com valores extremados na distribuição da VDA para definição do parâmetro do FGE.

Ainda que os efeitos da aplicação do FGE tenham se mostrado satisfatórios até o momento, recomenda-se que no cálculo próximo ciclo do parâmetro do FGE, avalie-se a estatística de recorte para seleção da amostra de operadoras utilizadas para o cálculo do FGE (possibilidade de adoção de um recorte mais elevado). Esta alteração teria por objetivo reduzir a presença de operadoras de grande porte acima do limite de cálculo do FGE, pois este fenômeno contraria as premissas teóricas do modelo que assumem maior estabilidade na variação dos custos das operadoras com maior escala. Ao se reduzir o número de operadoras acima do limite de corte para cálculo do FGE, abrandando-se a intensidade do parâmetro e tende a mantê-lo mais estável em suas atualizações, contribuindo, portanto, para previsibilidade e estabilidade do modelo.

## SEÇÃO II

#### 4. Contexto da Oferta dos Planos Individuais e Familiares

Para que os normativos propostos pela Agência possam alcançar seus objetivos e para que os resultados alcançados possam ser interpretados coerentemente, é fundamental que haja clara compreensão da realidade do setor, baseada em dados que se articulam a partir de contribuições das ciências que nutrem o conhecimento na Saúde Suplementar.

Assim, a caracterização do subsegmento dos planos individuais e familiares requer que se observe um conjunto de requisitos que compõem o contexto em que estes planos operam.

Um primeiro aspecto é reconhecer que, em suas origens históricas, o mercado de saúde suplementar nasce como um modelo de asseguração de saúde privativo dos trabalhadores formais. Isto é, o sistema de saúde brasileiro evoluiu a partir de um modelo de Seguro Social de Saúde, sobre o qual os trabalhadores formais detinham acesso exclusivo ao sistema. A grande reforma que dá origem ao SUS no fim dos anos 80 do século passado acelera a migração desse grupo social para o mundo dos planos de saúde que, dessa forma, permite reconstituir um acesso privilegiado dos trabalhadores formais aos serviços de saúde através de um serviço privado. Neste modelo, portanto, a cobertura individual por planos **ocorre residualmente** à parcela da população economicamente ativa que, pela natureza de sua inserção no mundo do trabalho, não obtém cobertura como um benefício indireto do emprego. Assim, é esperado que os números do setor reflitam menor cobertura de planos individuais do que coletivos empresariais. Não apenas isso, mas variações na oferta do emprego e, principalmente, do emprego formal, levam a alterações nas proporções observadas de beneficiários coletivos empresariais e individuais. Isto é, aumento do emprego formal, tende a aumentar a proporção de beneficiários coletivos empresariais ante aos beneficiários individuais.

Um segundo aspecto é que a dinâmica do mercado de planos individuais espelha com proeminência forças que operam sobre **a demanda**, especificamente a renda das famílias. Assim, o principal indicador para **acompanharmos, explicar e prever** as variações no número de beneficiários individuais novos é a variação do PIB *per capita*, uma vez que o PIB brasileiro é composto em larga medida pela renda familiar.

Quanto à oferta, veremos ao longo desta seção que a quantidade de planos individuais **não tem se reduzido e há muitos anos acompanha proporcionalmente a quantidade de operadoras participantes do mercado**. Em realidade, talvez este seja um dos pontos mais relevantes da presente análise, pois sugere que a entrada em vigor da RN 441/18 potencializou um ambiente de transparência, confiança e previsibilidade que tem promovido sustentabilidade ao mercado.

Em terceiro lugar, é preciso reconhecer que, embora estável, a oferta de planos individuais sofre de elevada concentração que se espalha sobre a maioria dos mercados relevantes. Vale dizer ainda que concentração da oferta parece ser uma característica dos mercados voluntários de seguros de saúde em diversos países. **É justamente esta falha, aliada a um problema de escala que recai sobre algumas operadoras, que fundamenta a motivação econômica para o estabelecimento de um teto de reajuste único e que não pode ser atomizado por operadora nos planos individuais**. Na ausência de competição, ofertantes carecem de incentivos de eficiência podendo comprometer a qualidade dos serviços e praticar preços mais elevados do que o esperado num ambiente competitivo. A regulação, então, se faz necessária para mitigar estes problemas.

Por fim, o quarto ponto é demarcar que a percepção de “sumiço” de planos individuais tem origem e cristalizou-se no tempo numa ação concertada da modalidade das seguradoras de se retirarem desse mercado a partir da entrada em vigor do Estatuto do Idoso, em 2004. Este ponto também, assim como os outros aspectos abordados acima, é explorado ao longo desta seção II.

Como é cediço, os planos individuais e familiares gozam de duas proteções específicas aos consumidores que os distinguem dos demais tipos de contratação:

- i) impossibilidade de rescisão contratual unilateral imotivada e
- ii) determinação do limite máximo do reajuste anual pelo órgão regulador.

Invariavelmente, a narrativa sobre não oferta e mesmo falência do mercado de planos individuais é conduzida para justificar a necessidade de relaxamento de uma ou outra proteção, senão ambas. Decisivo, portanto, compreender a dinâmica deste mercado para que a reflexão sobre a metodologia de reajuste não esteja *a priori* capturada pela necessidade de que a Agência deva renunciar à sua prerrogativa de estabelecer o índice de reajuste anual, uma política que vem assegurando o equilíbrio atuarial dos contratos ao mesmo tempo em que opera como salvaguarda ao consumidor ante os problemas de (1) sua vulnerabilidade negocial, (2) baixa escala de algumas operadoras e (3) concentração na oferta dos planos.

## 4.1 A saúde suplementar em números

Desde o início da série de dados da ANS, em 2000, o número de beneficiários com planos de saúde sempre aumentou, ao menos até dezembro 2014, quando atingiu seu pico com 50,5 milhões de beneficiários de assistência médica.

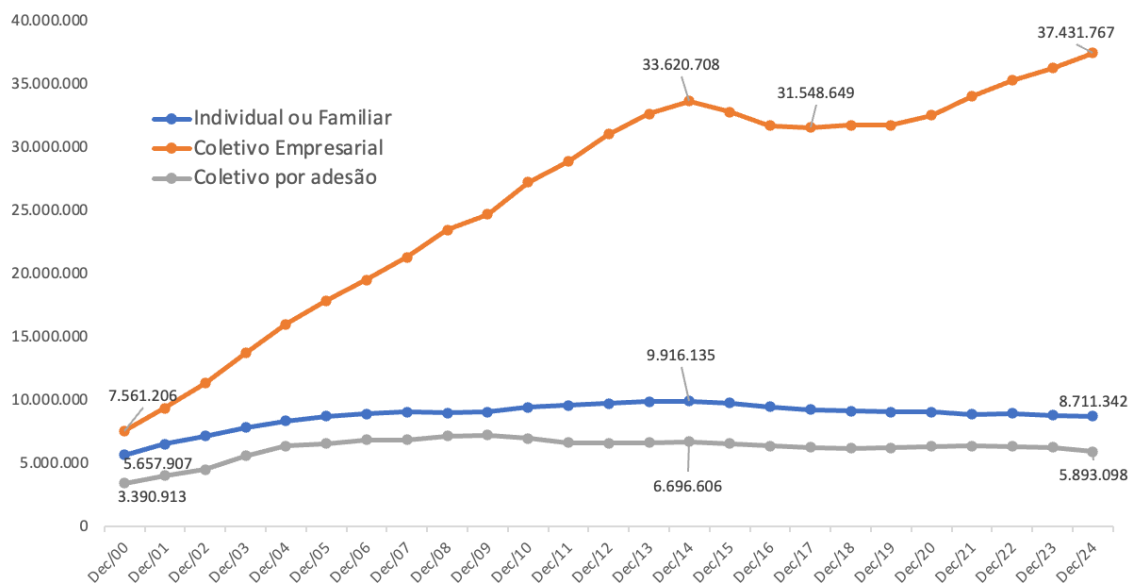
A crise econômica que atingiu o país a partir de 2014 teve impacto sobre o setor de saúde suplementar, levando a inédita queda no número de participantes em todos os tipos de contratação<sup>3</sup>.

O gráfico 4 mostra a evolução do número de beneficiários de assistência médica, para o período de 2000 a 2024. É possível notar o ponto de inflexão das curvas em dezembro 2014, após um longo período de contínua expansão que vigorou até aquele momento.

Gráfico 4 – Beneficiários de Planos de Assistência Médica, por Tipo de Contratação. (Brasil, dez/2000 a dez/2024)

---

<sup>3</sup> A publicação da RN 195/09 regulamentou os tipos de contratação, levando a uma reclassificação de uma parcela de beneficiários coletivos por adesão para empresariais. Isto alterou os números de beneficiários coletivos na série histórica, mas retração contundente de beneficiários por adesão só foi observada a partir de dezembro 2014, com a crise econômica.

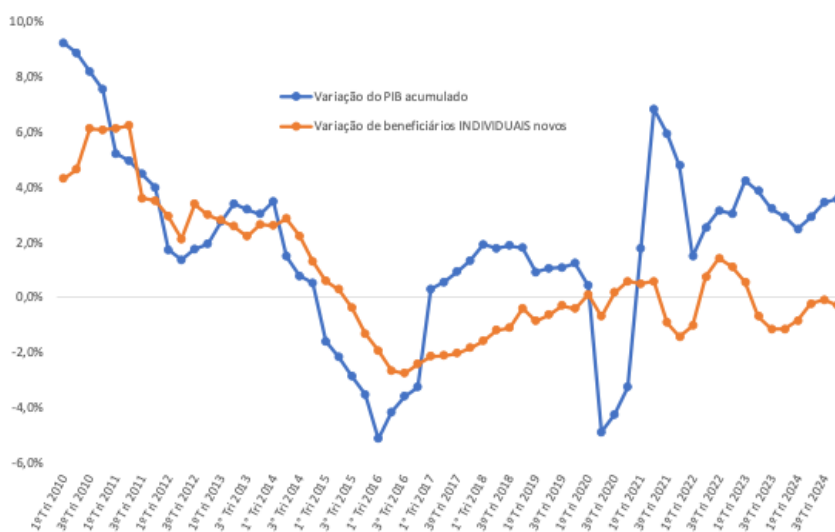


Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIB/ANS/MS - 07/2025

#### 4.1.1 A correlação da posse de planos com emprego e renda

O gráfico 5 mostra uma série temporal da variação do PIB acumulado no ano em relação ao mesmo período do ano anterior e da variação do número de beneficiários individuais novos, entre 2010 e 2023. É notável o quanto essas duas curvas assumem um comportamento semelhante no tempo. A correlação entre essas duas variáveis é fortíssima, da ordem de 80%. Na prática, isso significa que a variação do número de beneficiários individuais varia positivamente à variação do PIB, ou seja, quando há crescimento do PIB espera-se crescimento do número de beneficiários individuais, assim como, havendo redução do PIB torna-se esperado redução no número de beneficiários neste tipo de contratação.

Gráfico 5 - Variações do PIB Acumulado Anual e Beneficiários INDIVIDUAIS Novos (Brasil - 1º trimestre/2010 - 4º trimestre/2024).

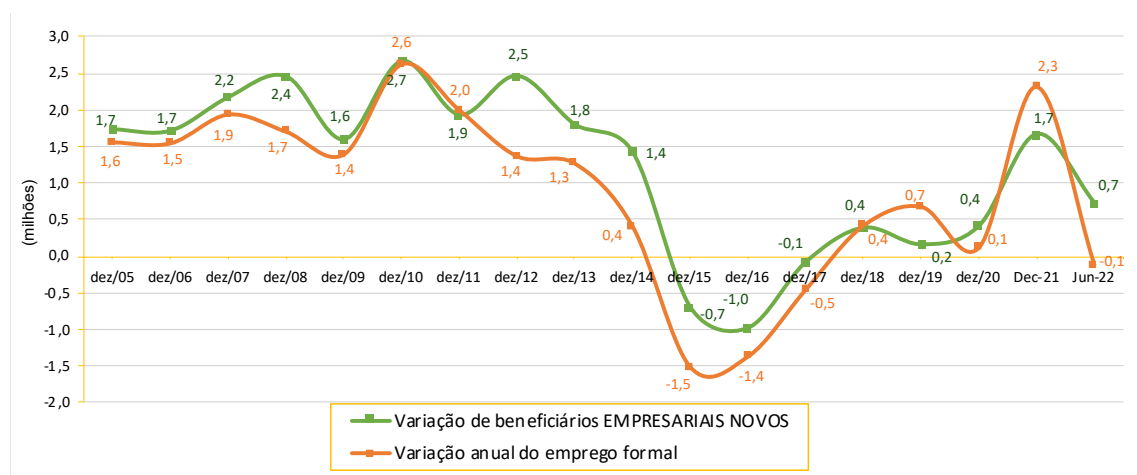


Fontes: Elaboração própria a partir de dados do IBGE e SIB/ANS/MS - 07/2025

A crise econômica daquele período também atingiu o crescimento do setor por outra razão correlata, mas não diretamente ligada ao comportamento do PIB. O gráfico 6 mostra a variação

de beneficiários empresariais novos com a variação anual do emprego formal, entre 2005 e 2022. Se PIB e beneficiários individuais têm comportamento íntimo, neste caso podemos mesmo dizer que estas duas curvas são “siamesas”. A correlação dessas duas variáveis é ainda mais forte do que a observada na comparação anterior, aqui em mais de 90%. A maior parte dos atuais mais de 30 milhões de beneficiários empresariais obtém essa cobertura como um benefício indireto do emprego. Assim, é esperado que essas duas curvas evoluam de maneira muito próxima.

Gráfico 6 – Variação anual de beneficiários EMPRESARIAIS NOVOS em planos de assistência médica e de empregos formais (Brasil - 2005-2022)



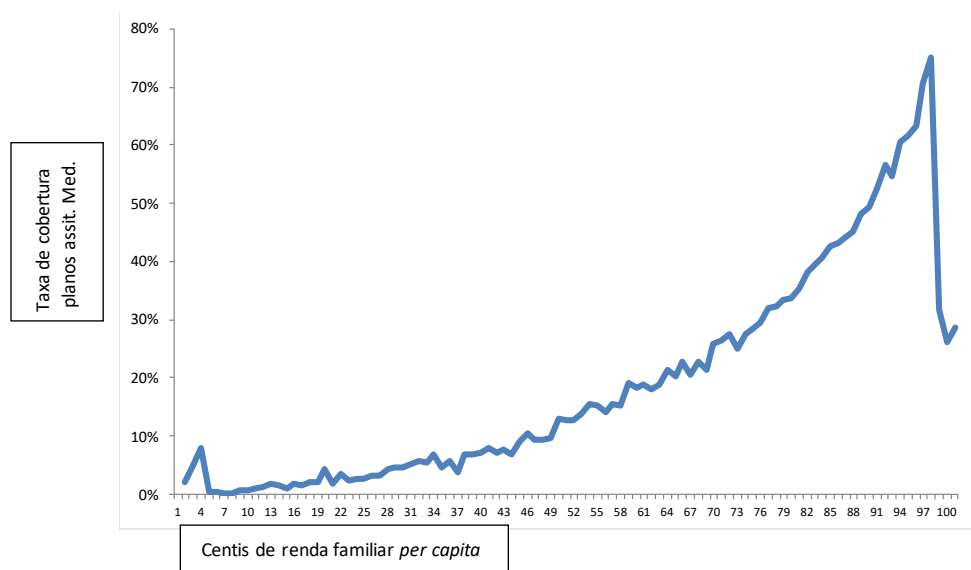
Fonte: Elaboração própria, a partir de dados SIB/ANS/MS - 06/2022 e CAGED/SEPRT/ME.

Correlações entre variáveis não têm por si só condão de expressar causalidades. Sem teoria que as sustentem, podem apenas representar relações espúrias sem nenhum poder explicativo às análises. Neste caso em particular, sendo o emprego formal a principal maneira de obtenção de planos coletivos empresariais, é fácil compreender a relação conceitual de como estas duas variáveis estão ligadas.

Mas o que dizer sobre a variação do PIB e a posse de planos individuais? O que sustentaria a forte relação entre ambos? Devemos observar que o produto interno bruto é uma medida de renda e, no caso do PIB brasileiro, algo como 70% do total expressa a renda das famílias. A renda das famílias, por sua vez, é uma das principais medidas para explicar a posse de planos de saúde no Brasil. Isto é, quanto maior a renda, maior a taxa de cobertura de planos de saúde. Na média, algo próximo a 25% da população brasileira tem cobertura por planos de assistência médica. No entanto, se observarmos a posse dos planos segundo faixas (centis) de renda familiar *per capita*, poderemos notar grande variação em relação a esta média (ver Gráfico 7). Enquanto a taxa de cobertura entre os mais pobres não atinge 3% de indivíduos com planos, no topo da escada da renda da população, mais de 75% dos indivíduos têm planos privados de assistência médica, segundo os dados do IBGE.



Gráfico 7 – Taxa de Cobertura de Planos de Assistência Médica, Segundo Renda *Per Capita*. Brasil 2013.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da PNAD (IBGE) 2013.

#### 4.1.2 Aspectos regulatórios

Interpretar a dinâmica do mercado de saúde suplementar no contexto do desempenho macroeconômico do país nos dá melhores ferramentas para compreender os movimentos passados do mercado, bem como proporciona mais segurança para especular sobre os movimentos futuros, com apoios mais amplos e estruturantes do que apenas os aspectos regulatórios endógenos, os quais, naturalmente, não devem ser negligenciados na análise.

Vejamos agora o revés que atinge o mercado de planos individuais e familiares com a decisão concertada do segmento das seguradoras de deixarem de operar estes planos a partir de 2004. Para além das duas já mencionadas proteções que singularizam os planos individuais ante aos contratos coletivos (regras de reajuste e rescisão), outro então novo elemento regulatório parece ter afastado as seguradoras da comercialização de individuais. É possível que a entrada em vigor do Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1º outubro de 2003), trazendo alterações nas regras de variação de preço por faixa-etária, tenha sido o ultimato a proporcionar nestes agentes a percepção de um ambiente de incerteza regulatória que os fizessem abandonar essa operação.

Vale lembrar ainda que até 2004, em 3 dos primeiros 4 anos em que a Agência estabeleceu o teto do reajuste dos planos individuais, o índice da ANS havia sido menor ou igual ao IPCA acumulado de 12 meses do ano anterior ao reajuste (ver Tabela 1, abaixo). Naquele momento, portanto, na perspectiva dos agentes econômicos, pairavam incertezas se o limite máximo do índice de reajuste estabelecido pela Agência seria capaz de acompanhar a variação de custos do setor, o que pode ter colaborado para pender a balança por uma decisão de saída do mercado.

Tabela 1 – Reajuste Anual dos Planos Individuais e IPCA Acumulado 12 meses

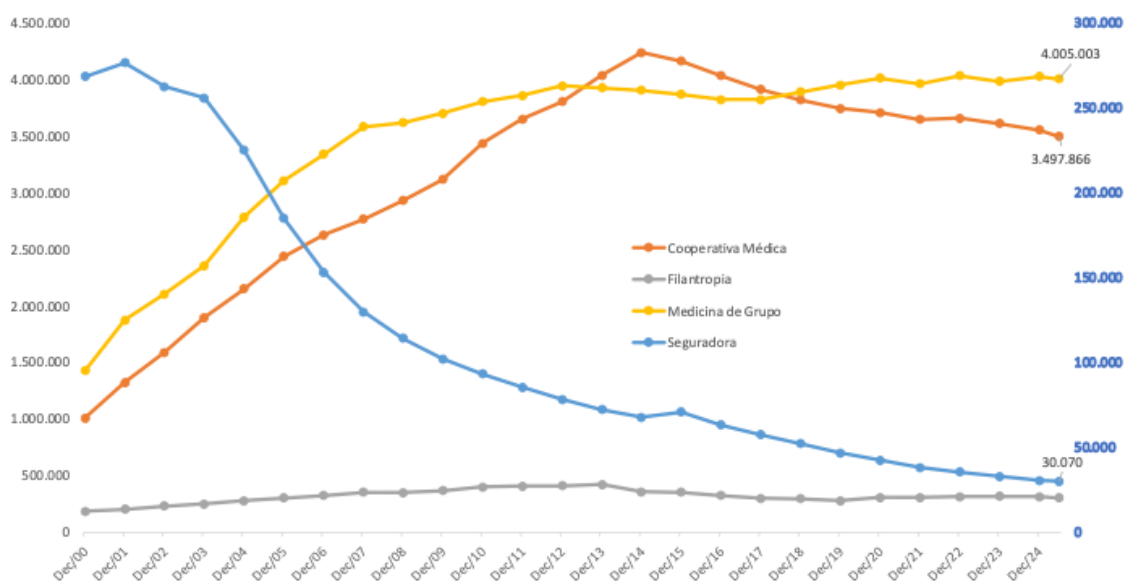
Ano	Reajuste ANS	IPCA
2000	5,42%	8,94%
2001	8,71%	5,97%
2002	7,69%	7,67%
2003	9,27%	12,53%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS e IBGE

Nota: Os valores do IPCA correspondem ao acumulado de 12 meses do ano anterior.

O gráfico 8 abaixo apresenta a série histórica do número de beneficiários individuais **novos**, por modalidade de operadoras, entre 2000 e 2022. O gráfico mostra que o mercado individual se constitui nicho de interesse a todas as modalidades<sup>4</sup>, com destaque às cooperativas médicas e medicinas de grupo. O gráfico evidencia ainda a retirada das seguradoras do mercado de planos individuais a partir de dezembro de 2003, com uma queda acentuada na curva nos anos subsequentes, restando no momento apenas 30 mil vidas nessa modalidade de operadoras, as quais seguirão em declínio pois não há comercialização de novos contratos.

Gráfico 8 - Beneficiários de Individuais Novos por Modalidade de Operadora. Brasil, 2000 a 2025.



Nota: O gráfico adota um eixo secundário à direita, o qual serve de referência para a leitura dos dados **apenas das seguradoras**.

É importante, contudo, notar o isolamento das seguradoras nesta conduta de mercado. Ao acompanharmos a proporção de operadoras que ofertam planos de saúde de contratação individual (ver Tabela 2), poderemos notar que este indicador se mantém constante há muitos anos, em patamar próximo a 80%. Virtualmente todas as filantrópicas vendem planos individuais, bem como a grande maioria das cooperativas médicas também o fazem. Portanto,

<sup>4</sup> Autogestões não operam planos comercialmente e, portanto, não atuam no mercado de planos individuais.

ao buscarmos operadoras que por decisão comercial de negócio não atuem no mercado individual, estaríamos mirando as seguradoras e uma parcela das medicinas de grupo, algumas das quais pertencentes ao mesmo grupo econômico de outras seguradoras.

**O mais relevante e digno de nota é que a entrada em vigor da RN 441/18 em nada altera este percentual, reforçando a noção de que, do ponto de vista da oferta, o mercado tem mantido o interesse das operadoras e que as novas regras introduzidas pela norma do reajuste contribuíram para a construção e aprimoramento deste ambiente.**

Tabela 2 – Total de Operadoras de Assistência Médica e Operadoras Ofertantes de Planos Individuais. Brasil, 2010 a 2022.

Ano	Operadoras MH exceto Autogestões (A)	Operadoras MH vendendo planos individuais (C)	% de operadoras vendendo individuais (C/A)
2010	830	653	78,7%
2011	800	638	79,8%
2012	771	617	80,0%
2013	730	584	80,0%
2014	705	533	75,6%
2015	659	519	78,8%
2016	632	489	77,4%
2017	607	473	77,9%
2018	589	460	78,1%
2019	574	451	78,6%
2020	563	433	76,9%
2021	553	438	79,2%
2022	544	423	77,8%

Nota: São consideradas ofertantes de planos individuais as operadoras que tiveram mais 1% de novas adesões de titulares em relação ao total de sua carteira individual, no ano.

Podemos ainda observar a oferta na perspectiva da quantidade de produtos ativos para comercialização, a partir dos dados do Sistema de Registro de Produtos (RPS) da ANS. Embora o número de produtos individuais em comercialização aumente em mais de três vezes ao longo da série analisada (2010 a 2023), sua participação proporcional no total de planos ativos diminui, em favor de um crescente aumento da proporção de produtos coletivos empresariais (ver Tabela 3).

Tabela 3 – Série de Planos de Assistência Médica Ativos, por Tipo de Contratação, 2010 a 2023

Competência	Individual		Adesão		Empresarial	
	quantidade	%	quantidade	%	quantidade	%
dez/2010	952	25%	1.013	27%	1.855	49%
dez/2011	1.002	24%	1.108	27%	2.024	49%
dez/2012	1.069	23%	1.192	26%	2.289	50%
dez/2013	1.129	23%	1.290	26%	2.522	51%
dez/2014	1.186	22%	1.408	26%	2.783	52%
dez/2015	1.275	21%	1.553	26%	3.191	53%
dez/2016	1.362	20%	1.755	26%	3.621	54%
dez/2017	1.445	19%	1.876	25%	4.203	56%
dez/2018	1.582	19%	2.076	25%	4.724	56%
dez/2019	1.731	19%	2.319	25%	5.255	56%
dez/2020	2.036	18%	2.875	26%	6.176	56%
dez/2021	2.282	18%	3.390	26%	7.278	56%
dez/2022	2.493	16%	3.999	25%	9.256	59%
dez/2023	2.858	15%	4.872	26%	11.163	59%

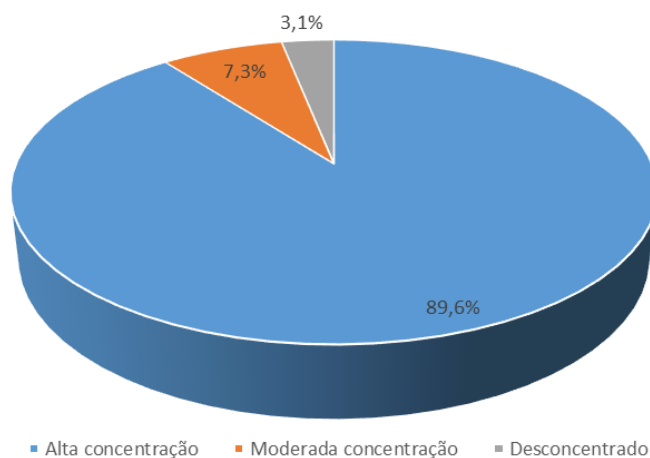
Nota: Total de Planos Ativos de Assistência Médica

Fonte: Painei RPS

#### 4.1.3 Concentração de mercado

Apesar da existência de milhares de produtos de planos de saúde no país, o setor de saúde suplementar sofre de elevada concentração. Uma forma de observar esta característica é analisar a concentração dos mercados relevantes medida pelo Índice Herfindahl-Hirschman (HHI). Apenas 3% dos mercados relevantes individuais são desconcentrados ( $HHI < 1.500$ ), enquanto 90% destes mercados são considerados como de elevada concentração ( $HHI > 2.500$ ) (ver Gráfico 9).

Gráfico 9 – Concentração Mercados Relevantes Individuais. Brasil.



É certo também que, em outras partes do mundo, o mercado de planos privados de saúde opera igualmente com elevados níveis de concentração. Vejamos como exemplo o que ocorre nos

EUA, um dos países que mais francamente aposta na cobertura privada por planos de saúde como estratégia para organizar seu sistema de saúde. A tabela 4 abaixo mostra o HHI por estado naquele país. A tabela está ordenada de forma decrescente para os valores de HHI e adota padrões de cores que marcam os recortes de mercados moderadamente concentrados ( $1500 < \text{HHI} < 2.500$ ) e desconcentrados ( $\text{HHI} > 1500$ ) (um único caso, entre todos os estados).

Tabela 4 – Concentração nos Mercados Estaduais de Planos Individuais nos EUA, 2010

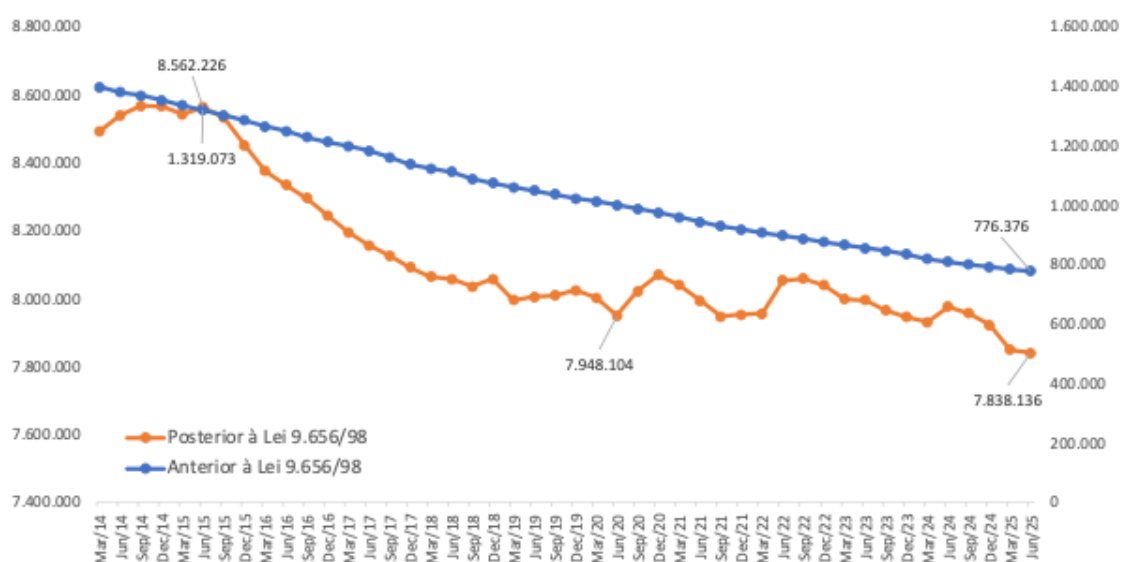
State	Number of Insurers with more than 5% Market Share	Market Share of Largest Insurer (based on enrollment)	Herfindahl-Hirschman Index (HHI)
Alabama	2	86%	7.426
Iowa	2	84%	7.045
Kentucky	2	83%	6.968
North Dakota	2	81%	6.682
North Carolina	1	81%	6.548
Vermont	2	75%	6.165
Arkansas	3	77%	5.954
South Dakota	3	75%	5.779
New Jersey	2	73%	5.717
Virginia	2	74%	5.636
District of Columbia	4	73%	5.570
Louisiana	3	73%	5.463
Maryland	2	72%	5.366
Rhode Island	2	52%	4.972
Hawaii	2	52%	4.914
New Hampshire	3	67%	4.865
Minnesota	4	67%	4.788
Illinois	4	66%	4.483
Indiana	3	65%	4.480
Nebraska	3	64%	4.458
New Mexico	2	59%	4.379
Massachusetts	4	57%	3.872
Maine	3	49%	3.812
Oklahoma	3	59%	3.784
Alaska	5	59%	3.770
Michigan	4	59%	3.761
Montana	3	51%	3.459
Connecticut	4	52%	3.375
Texas	5	56%	3.337
Mississippi	4	54%	3.299
South Carolina	3	54%	3.296
Delaware	4	50%	3.293
Washington	4	45%	3.205
California	4	48%	3.025
Arizona	5	49%	2.958
Nevada	4	39%	2.928
Idaho	4	38%	2.827
Florida	4	49%	2.821
Utah	5	44%	2.751
Kansas	6	46%	2.695
Georgia	7	47%	2.597
West Virginia	4	41%	2.538
Ohio	4	43%	2.519
Tennessee	5	36%	2.506
Wyoming	4	42%	2.454
Oregon	7	39%	2.076
New York	5	34%	2.049
Pennsylvania	5	32%	1.949
Missouri	5	32%	1.824
Colorado	7	31%	1.552
Wisconsin	6	21%	1.434

Fonte: Kaiser Family Foundation, How Competitive are State Insurance Markets? 2011.

#### 4.1.4 Explicando o "sumiço" de planos individuais

Como já visto, a crise de 2014 levou a uma queda no número de beneficiários em todos os tipos de contratação. Mas se colocarmos uma lupa sobre a curva de beneficiários individuais um pouco antes de 2014 e separando os dados por época de contratação, é possível ter melhor compreensão deste movimento de queda (ver Gráfico 10). Primeiro, observa-se que a redução de beneficiários anteriores à Lei 9.656/98 é vegetativa, caindo em linha reta, alheia ao contexto econômico. Segundo, que a redução de beneficiários novos, precipitada em meados de 2015, se estende até junho de 2020, quando a crise sanitária eleva a percepção de risco, impulsionando a compra de planos de saúde e revertendo a tendência de queda da curva. Nos últimos 5 anos, portanto, o número de beneficiários individuais novos tem mostrado flutuações em torno de 8 milhões de vínculos, com tendência de queda recente, a partir de março de 2025.

Gráfico 10 – Beneficiários Individuais de Assistência Médica por Época de Contratação. Brasil 2014 a 2025.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIB/ANS/MS – 07/2025.

Se os grandes números do setor sempre apontaram para o crescimento do número de beneficiários individuais e se a única queda observada está associada a uma crise econômica com consequências diretas sobre a renda, levando à diminuição no consumo dos planos de saúde, por que é tão prevalente a narrativa de escassez de oferta desses planos, mesmo antes da crise?

Aqui é emblemático impacto da paralisação da oferta de planos individuais pelo grupo das maiores operadoras do país. Entre as 5 maiores operadoras em termos de número de beneficiários de assistência médica, apenas duas ofertam planos individuais<sup>5</sup>, mesmo assim apenas em localizações geográficas bem delimitadas.

Na perspectiva do consumidor, a falta de operadoras *top of mind* é suficiente para gerar a percepção de restrição de oferta de planos individuais, agravada ainda pelo fato de que planos individuais têm preços mais elevados do que os demais. Em realidade, as proteções ao

<sup>5</sup> As 5 maiores são, nesta ordem: Hapvida; Bradesco; Notre Dame Intermédica; Amil e Sul América. Destas, apenas Hapvida e Notre Dame ofertam planos individuais, porém com atuação regional, não nacionalmente.

consumidor que diferenciam os planos individuais dos demais tipos de contratação acabam por elevar seus riscos para as operadoras, impossibilitadas elas próprias de estabelecerem reajustes a sua conveniência ou de excluírem consumidores discricionariamente. Além disso, planos individuais requerem maiores custos de comercialização e estão mais sujeitos à seleção adversa. Concretamente, o perfilatório da carteira individual contém proporcionalmente maior número de idosos do que a carteira coletiva empresarial. Há, portanto, um conjunto de fatores que fazem os planos individuais mais caros ante os demais tipos de contratação e, por essa razão, a decisão do consumidor de aquisição de plano individual pode ser preterida mesmo que lhe esteja disponível.

Já na perspectiva das operadoras, não ofertar planos individuais não fecha completamente a porta a clientes que não obtêm planos como benefício do emprego, uma vez que consumidores individuais ainda teriam a alternativa (cada vez mais comum) de contratação de planos como “empresário individual”.

Por fim, para concluir a SEÇÃO II deste estudo, resgate-se o argumento central **de que a oferta de planos individuais se manteve sempre suficiente para acomodar variações positivas na demanda ao longo do tempo, sendo o crescimento do número de beneficiários em planos individuais ancorado à renda das famílias. Podemos esperar que a variação de beneficiários individuais novos mantenha sua aderência ao desempenho do PIB (renda das famílias) e, desse modo, os movimentos a serem observados à curva de beneficiários individuais vão continuar a depender em grande medida do crescimento da economia.**

Isto não quer dizer que não haja problemas pelo lado oferta deste segmento, particularmente a elevada concentração do mercado e a pequena escala de mais de uma centena de operadoras<sup>6</sup> atuantes no mercado de planos de saúde. Lembrando apenas, contudo, que os mercados voluntários de seguros de saúde no mundo tendem a ser concentrados e o Brasil, portanto, não é exceção quanto a este quesito.

Ainda do lado da oferta, **é fundamental reiterar que a implementação da RN441/18 não ensejou redução na quantidade de operadoras que comercializam planos de saúde individuais.** Esta restrição está localizada no conjunto das seguradoras e em poucas medicinas de grupo, algumas das quais estão ligadas a seguradoras pelo mesmo grupo econômico e entidade representativa.

**A manutenção de um reajuste único para o mercado individual é necessário para mitigar os efeitos:**

- (i) da vulnerabilidade negocial do consumidor individual,
- (ii) da elevada concentração típica desse mercado e
- (iii) da baixa escala de diversas operadoras.

Não há pretensão de que reformulações aos parâmetros de cálculo dos reajustes dos planos individuais afetem uma decisão negocial antiga e cristalizada das operadoras que se retiraram desse mercado. Qualquer eventual intervenção com este propósito irá requerer da ANS ação

---

<sup>6</sup> A título de exemplo, na base de cálculo da VDA do reajuste de 2022, 45% (160) das operadoras tinham menos de 5000 beneficiários. Eventos raros, porém catastróficos em carteiras tão pequenas podem acelerar demais a VDA destas operadoras.



regulatória focada e específica nestas operadoras, indo possivelmente para além da política de reajuste.

A SEÇÃO II deste documento debruçou-se longamente em demonstrar que o mercado de planos individuais não se encontra sob nenhuma ameaça estrutural que possa ser atribuída ao modelo de reajuste anual adotado pela ANS. Para isso, argumentou por diferentes ângulos que a demanda por estes planos flutua atrelada à renda familiar (Gráfico 7), enquanto a oferta de produtos é crescente no tempo (Tabela 3), mantendo ainda uma proporção estável de operadoras médico-hospitalares atuantes no mercado individual (Tabela 4), capaz, portanto, de absorver as variações da demanda, permitindo expansão do número de beneficiários individuais novos.

**Deste modo, na avaliação do corpo técnico da ANS, a entrada em vigor da RN441/18 vem cumprindo seu principal papel de assegurar um ambiente de equilíbrio e estabilidade necessários para o desenvolvimento do setor e a continuidade da prestação do serviço aos consumidores em horizontes de longo prazo.**

## 5. Conclusão e Recomendações

Esta Avaliação de Resultado Regulatório percorreu refletida análise sobre as condições de oferta e demanda do mercado de planos individuais de assistência médica no Brasil, considerando seus aspectos históricos e estruturais. Esta avaliação concluiu que a oferta de planos individuais se manteve sempre suficiente para acomodar variações positivas na demanda ao longo do tempo, sendo o crescimento do número de beneficiários em planos individuais ancorado à renda das famílias.

Isto não quer dizer que não haja problemas na oferta de planos individuais no país, onde podemos destacar a elevada concentração do mercado e a pequena escala de mais de uma centena de operadoras. Justamente estas falhas de mercado justificam a necessidade de intervenção do Estado com uma política de reajustes específica a fim de mitigar os efeitos deletérios para o consumidor da falta de competição e do aumento da vulnerabilidade a eventos catastróficos para empresas de pequeno porte, além do dever de aprimorar a regulamentação de reajuste dos contratos coletivos, potenciais substitutos aos planos individuais/familiares quando da contratação por microempresários individuais.

Demonstrou-se que a implementação da RN 441/18 não ensejou redução da proporção de operadoras ofertantes de planos individuais. A conclusão que se chega é que a implementação desta Resolução Normativa, ao trazer avanços em termos de transparência e previsibilidade no cálculo, aliada à sua melhor adequação técnica com mais firme ancoragem à estrutura de variação de custos dos planos individuais, conduziu o mercado a um melhor cenário para o desenvolvimento sustentado desses planos.

Quanto às atualizações dos parâmetros de cálculo do IRPI, procedeu-se avaliação de cada um dos itens da fórmula, incluindo ainda a discussão sobre a eventual pertinência de regionalização da VDA.

Estas análises concluíram pela manutenção dos atuais parâmetros em todos os elementos da fórmula. Recomendou ainda que, no momento de cálculo do parâmetro do próximo ciclo do FGE avalie-se a estatística de recorte para seleção da amostra de operadoras (possibilidade de adoção de um recorte mais elevado). Esta recomendação visaria reduzir a presença de

operadoras de grande porte compondo a amostra de cálculo do FGE, pois este fenômeno contrariaria as premissas conceituais do Fator de Ganho de Eficiência – FGE. Esta análise será detalhada oportunamente na Nota Técnica que trata da metodologia de cálculo do FGE, que acompanha a documentação técnica de cálculo do IRPI.