

# **Relatório de Análise de Impacto Regulatório**

## **Política de Preços e Reajustes dos Planos de Saúde**

**Março de 2018**  
**Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos**  
**Gerência-Geral Regulatória da Estrutura dos Produtos**  
**ANS**

## Sumário

I.	INTRODUÇÃO .....	3
II.	CONTEXTUALIZAÇÃO .....	4
II.1.	Atual metodologia de reajustes de planos individuais/familiares .....	4
III.	PROBLEMAS DA ATUAL METODOLOGIA .....	6
III.1.	Defasagem temporal .....	6
III.2.	Baixa Transparência .....	7
III.3.	Cálculo não baseado no perfil de risco da carteira individual.....	7
III.4.	Risco de Vício Estrutural .....	8
IV.	PÚBLICO AFETADO.....	9
IV.1.	Consumidores .....	9
IV.2.	Operadoras.....	9
IV.3.	Administradoras de Benefícios.....	10
IV.4.	Agência Reguladora .....	10
IV.5.	Ministério da Fazenda .....	10
V.	OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS .....	11
VI.	HISTÓRICO DE DISCUSSÕES .....	12
VI.1.	Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste de 2010 .....	12
VI.2.	Agenda Regulatória 2013 -2014 - Retomada dos estudos relacionados ao Price Cap .....	12
VI.3.	Grupo de Trabalho de Política de Preços .....	13
VII.	ANÁLISE DE ALTERNATIVAS .....	14
VII.1.	Yardstick Competition .....	14
VII.2.	Value Cap .....	15
VII.2.1.	Fator de Qualidade no Value Cap.....	16
VII.2.2.	Fator de Qualidade na ANAC.....	16
VII.2.3.	Fator de Qualidade – Proposta da ANS.....	17
VII.3.	Pool de Risco Regulado.....	17
VII.4.	Pool de Risco Expandido.....	18
VIII.	CONCLUSÃO .....	21

## I. INTRODUÇÃO

1. O presente Relatório tem como escopo a análise das ações regulatórias recomendadas pela equipe técnica da Gerência Econômico Financeira e Atuarial dos Produtos para a *Política de Preços e Reajustes de Planos de Saúde*.

2. As recomendações integram o processo administrativo nº 33910.012414/2017-24 e foram apresentadas à sociedade na 7ª Reunião do Comitê da Regulação da Estrutura de Produtos, realizada em 08/12/2017.

3. Essa análise presta-se a verificar a necessidade de uma revisão acerca do tratamento regulatório dispensado aos quatro temas que compõem a *Política de Preços e Reajustes de Planos de Saúde*, a saber:

- Regras de Precificação dos Planos de Saúde;
- Regras de Reajustes para Planos Individuais;
- Revisão Técnica de Preços dos Planos individuais;
- Regras de Reajustes para Planos Coletivos

4. Conforme expressa a Nota Técnica nº 2011/2017/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, tais temas necessitam de abordagem simultânea, a fim de não disseminar desequilíbrios no setor.

5. A revisão das *Regras de Reajuste para Planos Individuais*, baseada em um modelo que mensura a variação de despesas específica da carteira individual, vem sendo debatida por essa Agência Reguladora desde 2011. Por sua vez, a edição da RN 309/12 que estabeleceu o agrupamento de planos coletivos para fins de reajuste, também objetivava o incentivo à comercialização de planos individuais, através do equilíbrio entre as regras de reajustes e seus efeitos na precificação dos planos coletivos. Contudo, verifica-se que esse equilíbrio ainda não foi alcançado, havendo a necessidade de revisão das *Regras de Reajustes para Planos Coletivos* e na precificação dos produtos.

6. Atualmente os preços comerciais de um produto podem apresentar uma variabilidade entre os valores máximo e mínimo de até 85,7%, criando dificuldades tanto no monitoramento de preços pela ANS, como na obtenção do equilíbrio das regras de preços e reajustes entre planos individuais e coletivos. Logo, há a necessidade de revisão das *Regras de Precificação dos Planos de Saúde*.

7. Associado a revisão das regras de precificação e reajustes propõe-se a regulamentação da *Revisão Técnica de Preços dos Planos Individuais* a fim de possibilitar a correção de desequilíbrios econômico-financeiros ocorridos em função de imprevisibilidades que alterem as condições atuariais vigentes de contratos sujeitos a um reajuste teto determinado pela Agência Reguladora.

8. Pelo exposto, identifica-se uma forte associação entre regras de precificação, reajustes para planos individuais, reajustes para planos coletivos e revisão técnica de preços dos planos individuais, motivando a abordagem simultânea dos temas. Contudo, considerando as diretrizes definidas pela Diretoria da ANS, a presente análise se aterá a discussão sobre a necessidade de revisão das *Regras de Reajustes dos Planos Individuais*.

9. Serão apontados os principais problemas detectados e impactos, inclusive os operacionais dentro da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de eventual alteração regulatória. Paralelamente, serão apontados o público atingido e o efeito esperado de eventual mudança.

10. Ao final serão propostos cenários em que os impactos serão melhor analisados com o consequente apontamento daquela alternativa considerada a mais adequada para a resolução/mitigação dos problemas apontados.

## II. CONTEXTUALIZAÇÃO

11. O projeto de desenvolvimento de uma nova metodologia de reajustes dos planos de assistência médica à saúde teve início em 14 de agosto de 2009, com a Nota 1589/2009/GGEFP/DIPRO que apontava a necessidade da discussão de um novo modelo de reajuste para os planos individuais pós-regulamentados, que refletisse com maior eficiência a variação de custos do setor e ainda os esforços das operadoras de planos de assistência à saúde para a melhoria da produtividade, qualidade e eficiência em suas atividades.

12. A nota destaca que o modelo em estudo seria baseado no *Price Cap*, representado pela seguinte fórmula:

$$R_t^k = I_t - X_t^k + Y_t^k$$

Onde:

$I_t$  = Índice setorial para todas as operadoras com planos individuais

$X_t^k$  = Índice de eficiência da operadora k no ano t

$Y_t^k$  = Índice de fatores exógenos

13. O objetivo do projeto seria pesquisar e definir os meios de estudos técnicos os melhores fatores a serem aplicados na referida metodologia, levando em conta os aspectos operacionais, prazo para apuração e divulgação dos resultados.

### II.1. Atual metodologia de reajustes de planos individuais/familiares

14. Dentre as competências da ANS estabelecidas na Lei 9.961/2000, está a autorização de reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda (art. 4º, inciso XXVII).

15. Em junho de 2000, a Agência, pela primeira vez, publicou uma resolução estabelecendo o índice máximo de reajuste para os planos individuais/familiares (RDC 29/2000), baseado na variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

16. No ano seguinte, a metodologia adotada para determinação do índice máximo de reajuste passou a basear-se na média dos reajustes dos planos coletivos, uma aplicação do que é conhecido na literatura econômica de regulação como *Yardstick Competition*. Desde então, com pequenas variações que incluíram a utilização concomitante dessa metodologia com a aplicação do IPCA para as despesas não assistenciais em 2001, um Programa de Valorização da Consulta Médica em 2002<sup>1</sup> e a incorporação de fatores exógenos a partir de 2008, essa metodologia é utilizada.

17. A *Yardstick Competition* foi proposta por Andrei Schleifer, em 1985, em artigo intitulado “*A Theory of Yardstick Competition*”, publicado no *Rand Journal of Economics* (vol. 16, no 3, outono de 1985). Seu princípio é de que o regulador estabeleça um parâmetro ou referência, que não seja o desempenho passado ou presente da própria firma regulada, a ser usado na regulação. A utilização de referências derivadas de firmas com características semelhantes às reguladas, mas que atuam em mercados mais competitivos, permite inferir o nível de custos mais inferior a ser atingido pelas firmas reguladas.

---

<sup>1</sup> Possibilitava incremento de 1,7 p.p. no índice das operadoras que reajustassem honorários médicos acima de 20%.

18. Em mercados não perfeitamente competitivos, os preços de equilíbrio nem sempre são estabelecidos em níveis que geram o maior bem-estar possível. No caso de monopólios naturais, a tendência é de que os níveis de preços sejam mais altos que em mercados competitivos, o que tende a resultar em menor quantidade demandada e menor excedente do consumidor, sem que haja transferência total desse excedente para o ofertante. **Esse resultado também pode acontecer quando há problemas informacionais, e os ofertantes, uma vez conquistados os consumidores, podem estabelecer preços mais altos que os competitivos porque há custos elevados para troca de produto.**

19. Por essa razão, em muitos casos, há intervenção estatal no estabelecimento de preços. **Objetiva-se alcançar os resultados de um mercado competitivo por meio da criação de regras que incentivem os agentes a alterarem seu comportamento.** Nesse contexto, regras de preços máximos são muito usadas. As metodologias para definição de preços máximos mais utilizadas requerem volume considerável de informações do mercado, como, por exemplo, custos, demanda e produtividade. Uma alternativa quando não se dispõe de tantos dados sobre o setor regulado é utilizar informações de firmas que operam em mercados semelhantes. Essa forma de regular é conhecida como *Yardstick Competition* porque os dados de preços e desempenho de firmas que atuam em outros mercados é usado como parâmetro ou referência para avaliar as firmas reguladas (VISCUSI et al, 2005)

20. De acordo com VISCUSI et al., em “*Economics of Regulation and Antitrust*” (4ª edição), publicado pela *The MIT Press*, a principal vantagem dessa metodologia é que não requer o uso intensivo de dados.

21. A aplicação na saúde suplementar do *Yardstick Competition* é possível porque se entende que existem dois mercados de produtos – um referente aos planos individuais/familiares e outro referente aos planos coletivos. Esse entendimento é adotado por analistas de mercado e também pela ANS no estabelecimento de processos internos. A sua fundamentação baseia-se no fato de que, nos contratos coletivos, a demanda do consumidor está condicionada ao vínculo a uma pessoa jurídica contratante e às decisões dessa pessoa jurídica, o que limita as possíveis escolhas do consumidor, enquanto, nos contratos individuais, a depender da restrição orçamentária, o conjunto de escolhas de um consumidor pode ser toda a oferta de planos individuais de saúde de sua localidade, como explicam ANDRADE et al. em *Estrutura de Concorrência no Setor de operadoras de Planos de Saúde no Brasil*, publicado pela OPAS/ANS em 2015.

22. Atualmente, na metodologia *Yardstick Competition*, o reajuste do mercado de planos individuais/familiares regulamentados é definido através do cálculo da *média dos comunicados de reajuste em planos coletivos com mais de trinta vidas ponderada pelo número de beneficiários, cujos aniversários<sup>2</sup> ocorrem entre março do ano anterior à fevereiro do ano em que é calculado o índice*. O índice resultante do cálculo é utilizado como parâmetro para o estabelecimento de limite máximo ao reajuste dos planos individuais/familiares regulamentados. Esse limite restringe o aumento dos contratos de planos médico-hospitalares individuais/familiares regulamentados que fazem aniversário entre maio do ano de cálculo do índice e abril do ano seguinte.

23. Além do fato de que a ANS dispõe dessas informações e de que elas são mais facilmente conferíveis do que outras informações de mercado, a utilização dos dados de produtos coletivos na definição do reajuste dos planos individuais possibilita a correção de eventuais desequilíbrios no mercado destes planos. Isso porque se o poder de barganha de um contratante estiver relacionado com o número de vidas de seu contrato, quanto maior os vínculos associados a um contrato, melhores as condições de aquisição e, posteriormente, de reajustes. Assim, os consumidores de planos individuais beneficiar-se-iam do poder de barganha dos contratantes de planos coletivos.

---

<sup>2</sup> Considera-se aniversário, o dia e o mês em que o plano foi contratado

### III. PROBLEMAS DA ATUAL METODOLOGIA

24. Não obstante, o modelo de reajuste baseado no *Yardstick Competition* tenha sido implementado como um estímulo a eficiência das operadoras de planos individuais/familiares, o setor de saúde suplementar consolidou-se e a própria ANS armazenou dados sobre o setor e desenvolveu conhecimento sobre a saúde suplementar que ensejaram a discussão sobre o método utilizado para a definição do índice máximo de reajuste dos planos individuais/familiares regulamentados.

25. Ademais, o modelo apresenta fragilidades que podem causar distorções nos reajustes de planos individuais, tais como:

- Defasagem temporal entre o período de apuração e a aplicação de reajuste, inclusive levando à necessidade de suplementar o cálculo com estimativa do impacto de mudanças no rol estabelecido pela ANS de procedimentos cobertos;
- Impossibilidade de verificação externa do cálculo (baixa transparência e imprevisibilidade);
- Cálculo não baseado no perfil de risco da carteira individual;
- Risco de vício estrutural (variações imprevistas – positivas ou negativas – por não se basear nas variações de custos médico-hospitalares).

#### III.1. Defasagem temporal

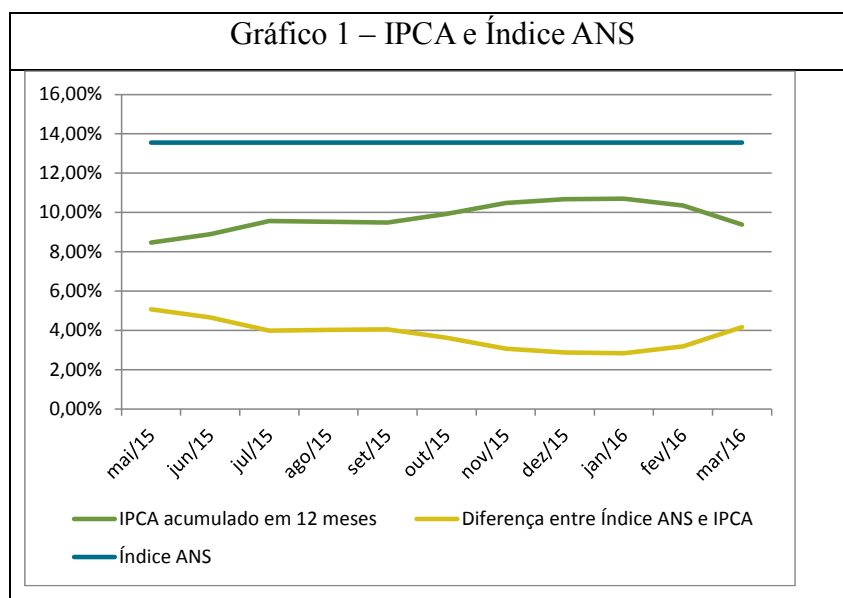
26. O cálculo de reajuste considera a *média dos comunicados de reajuste em planos coletivos com mais de trinta vidas ponderada pelo número de beneficiários, cujos aniversários correm entre março do ano anterior à fevereiro do ano em que é calculado o índice*. A figura 1, abaixo, mostra cronograma de apuração do índice de reajuste e de aplicação aos contratos individuais.

Figura 1

março	abril	maio	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	março	abril
Período de apuração do índice (dados utilizados)												Período inicial de aplicação do reajuste													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

27. Como pode ser observado na figura 1, acima, contratos que fazem aniversário em abril serão reajustados apenas após 25 (vinte e cinco) meses do início de coleta dos dados utilizados no cálculo do índice. Essa defasagem tem duas consequências. Para as operadoras, aumentos nos valores dos serviços pagos aos prestadores de saúde somente refletir-se-ão nas contraprestações pagas pelos beneficiários de planos individuais após o cálculo do índice e o aniversário do contrato. A segunda consequência é o descompasso entre os reajustes dos planos de saúde e os índices de inflação e de custo de vida. Quando a inflação tende a diminuir ou a aumentar, o impacto do reajuste tende a ser percebido diferentemente de acordo com a data de aniversário do contrato.

28. No gráfico 1, abaixo, mostra-se como se aproximam ou distanciam o reajuste calculado e os índices de inflação à medida que o tempo passa e há tendência de mudança na inflação. Observa-se, por exemplo, que quando o índice calculado é mais alto que a inflação e há tendência de redução desta, os beneficiários de contratos com aniversário em abril tendem a perceber seu reajuste como mais alto que os beneficiários com contrato com aniversário em maio.



29. Como exemplo, consideremos o reajuste autorizado em 2015, de 13,55%, a ser aplicado aos contratos de planos individuais com aniversário entre maio daquele ano e abril do ano seguinte. Em maio de 2015, a inflação geral acumulada em doze meses, de acordo com o IPCA/IBGE, foi de 8,47%, diferindo do índice da ANS em 5,08 pontos percentuais, como pode ser observado no gráfico 1, abaixo. Já para os beneficiários cujos contratos fazem aniversário em março, a diferença entre o IPCA/IBGE acumulado em doze meses e o índice da ANS foi de 4,16 pontos percentuais.

### III.2. Baixa Transparência

30. A segunda fragilidade da metodologia é a sua baixa transparência. Apesar de serem divulgados os métodos de cálculo, apenas a ANS tem acesso aos dados usados. O Ministério da Fazenda, que deve ser ouvido antes da concessão de autorização de reajuste, exerce, até certo ponto, o papel de agente externo de conferência dos procedimentos adotados pela ANS. Os agentes do mercado, todavia, não podem verificar o cálculo do índice, pois não têm acesso aos dados.

31. A baixa transparência dificulta também a previsão pelos agentes de mercado do nível dos índices futuros. Esse fato é tanto mais grave porque o índice não tem, necessariamente, a mesma dinâmica de outros índices públicos, como os de inflação ou de custo de vida. Assim, tanto consumidores quanto operadoras de planos de saúde têm que tomar decisões sem ter elementos para identificar tendências no curto e no longo prazo de uma variável que pode afetar significativamente os resultados de suas ações.

### III.3. Cálculo não baseado no perfil de risco da carteira individual

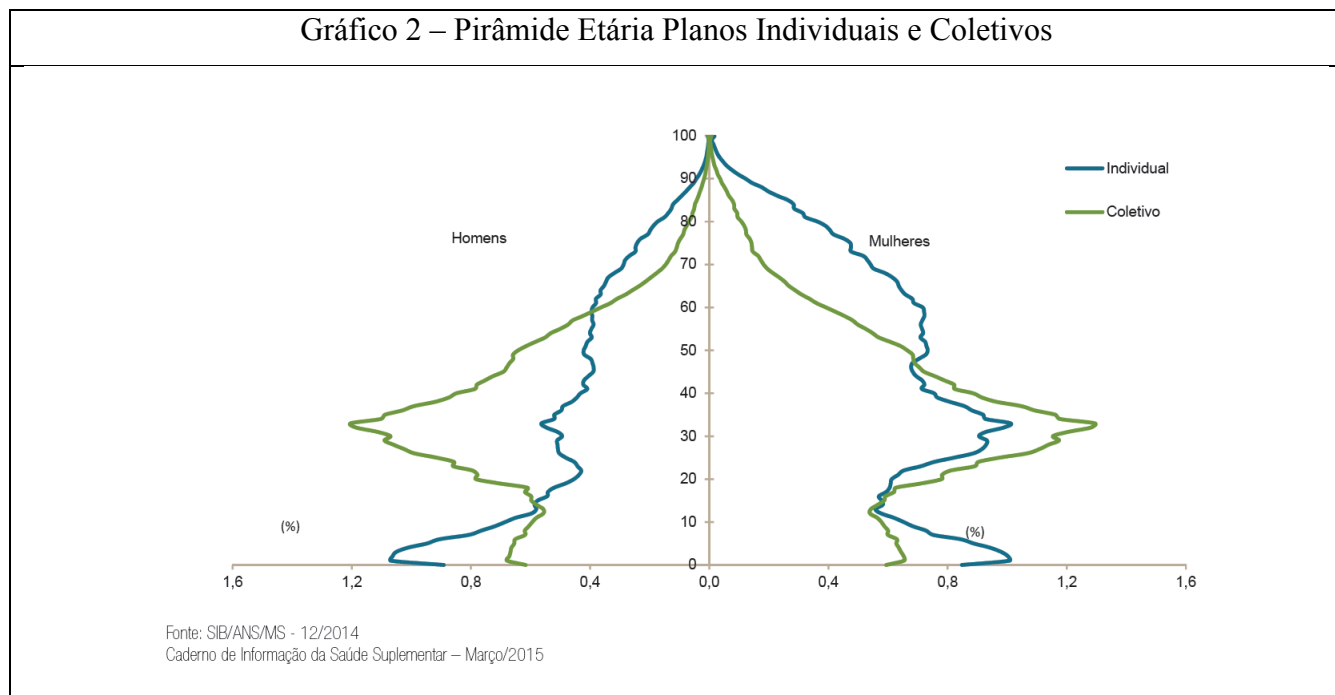
32. A terceira fragilidade da metodologia relaciona-se às diferenças entre os mercados de planos individuais e de planos coletivos. Quando se adota a *Yardstick Competition*, quanto mais semelhantes forem o mercado nos quais se coletam os dados e o mercado que será regulado com base nesses dados, mais adequada tende a ser a regulação.

33. No setor de saúde suplementar, algumas diferenças entre planos coletivos e individuais afetam os resultados positivamente. O maior poder de barganha de contratantes de planos coletivos com mais de trinta vidas em relação aos contratantes de planos individuais, por exemplo, é um fator a contribuir para que o índice de reajuste dos planos individuais calculado com base nos comunicados de reajuste de planos coletivos não seja tão afetado por eventual poder de mercado das operadoras de planos de saúde.

34. Outras diferenças, contudo, podem tornar o índice calculado menos efetivo. O principal objetivo do reajuste anual de planos de saúde é readequar as receitas com contraprestações aos custos médico-hospitalares. Se houver características dos planos individuais e coletivos que impactem diferentemente os preços e custos, a utilização dos dados dos reajustes dos planos coletivos refletirá a variação dos custos assistenciais desses planos, que pode não estar relacionada ao dos individuais.

35. O fato de que o perfil dos beneficiários de planos individuais, no que tange a características demográficas, difere do perfil dos beneficiários dos planos coletivos pode impactar na forma como os custos variam. No gráfico 2, abaixo, observa-se que, nos planos individuais, há, proporcionalmente, mais mulheres em idade fértil e idosos. Esses grupos tendem a utilizar mais a cobertura provida e usam, em muitos casos, serviços específicos, cujos preços podem variar diferentemente de outros serviços. Assim, é provável que o conjunto de serviços cobertos em um período, tudo o mais constante, difira tanto em relação ao que é coberto quanto às quantidades cobertas quando se comparam planos individuais e coletivos.

Gráfico 2 – Pirâmide Etária Planos Individuais e Coletivos



#### III.4. Risco de Vício Estrutural

36. Muito embora, estudo apresentado na 1ª Reunião do Comitê de Estrutura e Regulação dos Produtos demonstre que a atual metodologia de reajuste não tenha resultado em diferenças significativas em relação a variação de custo médico-hospitalares, se os custos dos planos coletivos e individuais variarem de forma diferente, é possível que a metodologia resulte em vício estrutural. Se sistematicamente os reajustes permitidos forem inferiores às variações dos custos médico-hospitalares, haverá tendência de desequilíbrio na carteira de planos individuais. Considerando que a operadora não pode rescindir contratos individuais unilateralmente, é possível que adote medidas que tenham por fim reduzir o custo e, assim, readequar despesas e receitas. Também pode haver desincentivo à



comercialização de planos individuais. Se, diferentemente, houver erros sistemáticos que resultem em reajustes permitidos maiores que as variações de custos, as operadoras poderão exercer poder de mercado, aumentando sua lucratividade em detrimento do consumidor.

#### **IV. PÚBLICO AFETADO**

37. Os grupos potencialmente afetados pelo problema são os consumidores e entidades representantes, operadoras de planos de saúde e entidades representantes, a Agência Reguladora, as administradoras de benefícios e entidades representantes e o Ministério da Fazenda (Secretaria de Acompanhamento Econômico – SEAE). Analisar-se-á, nesta subseção, como cada um desses grupos pode ser afetado pelo problema.

##### **IV.1. Consumidores**

38. Os consumidores são diretamente atingidos por problemas na metodologia de cálculo do reajuste. Beneficiários de planos individuais, principalmente os titulares, arcam com suas contraprestações.

39. Historicamente, a inflação de serviços de saúde é maior que a inflação geral, o que tende a resultar em variações dos custos médico-hospitalares das operadoras de planos de saúde maiores que a inflação geral. Além disso, o conjunto de procedimentos assistenciais cobertos se altera, muitas vezes resultando em utilização de procedimentos mais custosos ou de mais procedimentos, o que provoca o aumento do custo assistencial.

40. Uma metodologia que preveja compartilhamento de ganhos de eficiência entre operadoras e consumidores incentivaria os ofertantes de planos de saúde a controlarem seus custos, seja negociando melhores preços, seja adotando processos que reduzam a utilização desnecessária de serviços. Desse modo, as variações nos custos assistenciais tenderiam a ser menores, e os consumidores, menos afetados por reajustes de preços.

##### **IV.2. Operadoras**

41. As operadoras são o outro grupo diretamente atingido por problemas na metodologia de cálculo do reajuste. Se os índices de reajuste calculados pela agência reguladora forem sistematicamente mais baixos que as variações de custos assistenciais, a rentabilidade dos planos individuais tende a diminuir. Se os índices de reajuste calculados forem maiores que as variações dos custos assistenciais, as operadoras poderão reajustar suas contraprestações acima das variações de custos, havendo pouca contestação dos consumidores já que estes tendem a voltar suas reclamações ao órgão responsável pelo cálculo do índice e não à operadora que o aplica.

42. Além do resultado, outras questões associadas à metodologia podem prejudicar a organização das operadoras. Como foi mencionado acima, o tempo entre alterações nos custos assistenciais – por exemplo, mudança nos preços dos serviços – e seu reflexo nas contraprestações dos planos individuais pode ser bastante longo, o que obriga as operadoras a manterem reservas para o caso de eventualmente os custos assistenciais tornarem-se maiores que as receitas com contraprestações. É possível que eventuais aumentos de custos não sejam passíveis de recuperação.

43. A dificuldade de previsão dos reajustes também impõe ônus às operadoras, pois torna mais difíceis decisões sobre quais produtos comercializar e sobre como precificar seus produtos. Assim, se o índice de reajuste não tiver correlação com a variação de custos do setor, variável que as operadoras têm mais facilidade para prever e que deveria orientar os reajustes, pode haver desestímulo à comercialização dos planos individuais.

### **IV.3. Administradoras de Benefícios**

44. O foco da atuação das Administradoras de Benefícios não são planos individuais. Contudo, muitos analistas consideram que alterações no mercado de planos individuais influenciam o segmento de planos coletivos por adesão. A hipótese subjacente a essa conclusão é de que os planos coletivos por adesão são substitutos dos planos individuais. Assim, se houvesse alteração na regulação dos planos individuais que tendesse a aumentar a oferta destes, facilitando a aquisição desse tipo de plano, haveria diminuição na demanda por planos coletivos por adesão.

45. Nesse caso, o aprimoramento da metodologia de reajuste pode impactar negativamente as administradoras de benefícios. Isso porque uma metodologia que gere resultados mais previsíveis pelas operadoras de planos de saúde, que permita aumentos de receita para contrabalançar eventuais aumentos de custos e que, conseqüentemente, possa induzir o aumento da oferta de planos individuais, poderia provocar redução na demanda por planos coletivos por adesão.

### **IV.4. Agência Reguladora**

46. A finalidade da ANS é a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. Se a metodologia adotada provocar desequilíbrios no setor, a Agência não terá contribuído para o alcance de sua razão de ser. É provável que, nesse caso, a legitimidade da ANS seja questionada.

47. Independentemente da revisão da metodologia e de seu resultado, a Agência é sempre demandada quando da divulgação do índice de reajuste. Consumidores, usualmente, acreditam que o índice divulgado é maior do que deveria ser, operadoras que o índice é menor do que o necessário para a recomposição de custos.

### **IV.5. Ministério da Fazenda**

48. De acordo com a lei 9.961/2000, o Ministério da Fazenda deve ser ouvido antes das autorizações de reajustes e das revisões técnicas. Havendo mudança na metodologia de cálculo do reajuste, o Ministério pode ser afetado por diferentes razões. A sua equipe deverá analisar a nova metodologia, o que pode demandar mais esforço do que a mera revisão da metodologia já conhecida. Além disso, se houver mudança nos procedimentos adotados para a autorização, como, por exemplo, alteração na periodicidade na qual o índice de reajuste é divulgado, podem ser necessárias mudanças na forma de interação com o Ministério e na forma de atuação deste.

## V. OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS

49. Delimitados os problemas e apontado o público atingido, passa-se a definir os objetivos a serem buscados pela ANS ao tratar sobre o tema, sendo certo que a proposta em questão visa a revisão das *Regras de Reajustes dos Planos Individuais*. Os objetivos são:

- Possibilitar a verificação externa do cálculo de reajuste, aumentando a transparência;
- Reduzir a defasagem temporal e aumentar a previsibilidade do índice de reajuste;
- Basear o cálculo do reajuste no perfil de risco da carteira de contratações individuais;
- Reduzir ou impedir o vício estrutural, isto é, variações imprevistas – positivas ou negativas;
- Estimular ganhos de eficiência do setor, não permitindo que as operadoras se tornem meras repassadoras de custos;
- Estimular ganhos de qualidade na prestação de serviços assistenciais ao beneficiário.

50. Há que se considerar ainda os objetivos apontados pela literatura econômica para regulação de preços. Em mercados perfeitamente competitivos, o livre estabelecimento de preços gera o maior bem-estar possível, não sendo possível melhorar o bem-estar de quaisquer dos agentes – sejam consumidores, sejam ofertantes – sem que se piore o bem-estar de outros agentes. Além disso, nesses mercados, reduções de custos ou outros benefícios oriundos de aumentos de produtividade são compartilhados com os consumidores por meio da redução de preços. Quando o mercado não é perfeitamente competitivo, a intervenção estatal pode aumentar a eficiência dos mercados e gerar mais bem-estar.

51. O setor de planos de saúde não é perfeitamente competitivo porque há agentes com poder de mercado, os produtos não são homogêneos e há assimetria de informação. Há, ainda, custo para a troca de um produto adquirido. Se um consumidor contrata um plano individual deve cumprir período de carência e, a depender do caso, cobertura parcial temporária, antes de ter acesso a todos os serviços cobertos<sup>3</sup>. É pouco provável, ademais, que encontre produto com rede similar ao de seu produto atual. Ter de encontrar prestadores de serviços que façam parte da rede assistencial do novo plano pode representar um custo considerável. Assim, a possibilidade de exercício de poder de mercado após a contratação de um plano é maior do que antes da contratação. A regulação da ANS visa limitar a possibilidade de exercício de poder de mercado pela operadora após a contratação de um plano de saúde.

52. Visa, também, impossibilitar que operadoras selecionem e expulsem beneficiários que não considerem lucrativo. Há que se lembrar de que, no momento da contratação, a única discriminação possível é por faixa etária e que mesmo esta é regulada pela RN 63/2003, que determina não poder ser o valor da última faixa etária superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária e não poder a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas etárias ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas. Não sendo possível a discriminação de risco na contratação de plano de saúde, as operadoras poderiam utilizar o reajuste para expulsar beneficiários que julgassem não gerar lucro. A limitação do reajuste impede essa prática.

53. A regulação ótima incentivaria as operadoras a estabelecerem reajustes semelhantes às variações de custos, portanto, sem fins discriminatórios, a promoverem melhorias em seus processos com o fim de aumentar a produtividade e a compartilhar os ganhos de produtividade com os consumidores. Nesse sentido, seria objetivo da regulação de reajustes promovida pela ANS incentivar a aplicação de reajustes tão baixos quanto possível, estimular ganhos de produtividade e o compartilhamento do resultado desses ganhos com os consumidores.

---

<sup>3</sup> Em 2009, entrou em vigor a RN 186, que regula a portabilidade de carências. Reduziu-se, assim, o custo de mudança de plano para os beneficiários de planos individuais.

## VI. HISTÓRICO DE DISCUSSÕES

### VI.1. Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste de 2010

54. Em 19/05/2010, foi aprovada na 255ª Reunião da Diretoria Colegiada da ANS, a instauração da Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste, cuja primeira reunião ocorreu em 01/06/2010

55. A Câmara Técnica tinha como objetivo discutir a sistemática de reajuste dos planos individuais/familiares e avaliar a possibilidade de implementação de um modelo que refletisse com maior eficiência a variação anual dos custos do setor de saúde suplementar, considerando-se eventuais melhorias de produtividade, qualidade e eficiência das operadoras de planos de saúde, baseado no modelo *Price Cap*.

56. Considerando o fato do reajuste de planos de saúde ser baseado em um índice de preços e quantidades, o modelo foi denominado *Value Cap* (Valor Teto).

57. Participaram dessa Câmara representantes das diferentes diretorias da Agência e de entidades representativas das operadoras e dos consumidores, como o IDEC, PROCON de São Paulo e o então Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor do Ministério da Justiça.

58. Após a realização de quatro reuniões e formação de grupo interno de trabalho, que se reuniu por cinco vezes, concluiu-se que, apesar de haver avanços significativos na disponibilidade de dados no setor, a alteração do modelo de reajuste seria comprometida porque os dados contábeis coletados pela Agência ainda não permitiam validação de método baseado diretamente na variação de custos médico-hospitalares de planos individuais/familiares.

59. Os estudos foram encerrados em 30/11/2011, com a conclusão de que seria necessária a utilização de uma série de dados ampliada, reavaliação dos critérios da amostra de operadoras e novas simulações que avaliassem a viabilidade da utilização dos dados contábeis para apuração da Variação dos Custos Médico-Hospitalares.

60. Todos os documentos referentes a essa discussão estão disponíveis na página eletrônica da ANS (<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/camaras-e-grupos-tecnicos-antiores/camara-tecnica-do-novo-modelo-de-reajuste>).

### VI.2. Agenda Regulatória 2013 -2014 - Retomada dos estudos relacionados ao Price Cap

61. A Agência prosseguiu no estudo do aprimoramento da metodologia de cálculo do índice de reajuste dos planos individuais/familiares, sendo os resultados dos estudos realizados nos anos seguintes à Câmara resumidos na Nota Técnica no 1241/2014/GGEFP/DIPRO/ANS. Apesar da melhoria dos dados contábeis das operadoras de planos de saúde, não se verificava, ainda, a possibilidade de implementação de um índice setorial baseado exclusivamente nos dados da carteira de planos individuais/familiares. Ressaltou-se, ademais, que a apuração de índices setoriais com base nos dados consolidados das operadoras (carteira de planos individuais/familiares e coletivos) revelou índices próximos aos reajustes máximos autorizados pela ANS para o período analisado (o triênio entre 2010 e 2012).

### VI.3. Grupo de Trabalho de Política de Preços

62. Em 29 de abril de 2015 foi instaurado Grupo de Trabalho de Política de Preços pela Portaria DIPRO nº 05 e, conforme descrito no art. 1º, teve como objetivo “realizar estudos e elaborar proposta acerca da Política de Preços no Setor de Saúde Suplementar, a fim de incentivar a concorrência e viabilizar a sustentabilidade econômica do setor”.

63. O escopo do tema Política de Preços abrange questões relacionadas tanto à formação inicial de preços quanto ao reajuste dos planos. As propostas e recomendações do grupo relacionadas aos desafios encontrados nos dois assuntos, foram norteadas por três objetivos gerais, que buscassem aprimoramentos à regulação, visando:

- Evitar condutas lesivas à concorrência no setor, incluindo, por exemplo, discriminação de preços, precificação predatória e/ou dumping e cartelização;
- Fortalecer o sistema de mutualismo com solidariedade intergeracional balanceado pelo risco de seleção adversa; e
- Evitar a seleção de risco na contratação ou a expulsão do risco após a contratação

64. Dentre os assuntos relacionados à Precificação (NTRP), reajuste coletivo, termo de compromisso, o que se estudou e abordou no âmbito daquele Grupo de Trabalho, no que diz respeito à Reajuste Individual foi analisar propostas de alteração na metodologia de cálculo do índice ANS que determina o teto dos reajustes a serem aplicados em planos individuais.

65. Partindo da atual metodologia de cálculo, "Yardstick Competition", vigente desde 2001, e da análise de suas fragilidades o grupo analisou alternativas a essa metodologia que visassem garantir a sustentabilidade econômico-financeira das carteiras de planos individuais.

66. Nos grupos técnicos, foram analisadas seis metodologias: a) VCMH trimestral sem faixa etária escalonada; b) VCMH trimestral sem faixa etária simples; c) Yardstick Trimestral escalonado; d) Price Cap; ;e) Pool de risco regulado; f) Yardstick atualmente utilizado pela ANS. As duas primeiras e a chamada de Price-Cap são metodologias similares, com formas distintas de aplicação no setor de saúde suplementar.

67. Como as especificidades da aplicação ao setor serão analisadas em seção posterior, a análise geral da metodologia chamada value-cap fora feita abrangendo essas três alternativas. Optou-se por tratá-la, como na Câmara Técnica realizada em 2011 e no GT subsequente, por esta nomenclatura, de forma a ressaltar que se trata de regulação baseada na variação dos custos médico-hospitalares, que é um índice de valor. Da mesma forma, a análise da *Yardstick Competition* realizada nesta seção abrange os aspectos comuns às alternativas Yardstick trimestral escalonado e Yardstick atual.

68. Nesta seção, analisar-se-ão alternativas possíveis de regulação de preços, quais sejam, *Yardstick Competition*, *Value-cap*, *Pool de risco regulado* e Pool de risco. O objetivo é apresentar uma síntese dessas metodologias e avaliar, brevemente, de acordo com evidências teóricas e empíricas, a capacidade de cada mecanismo analisado:

- Incentivar o estabelecimento de preços no nível dos custos marginais;
- Induzir ganhos de eficiência (aumento de produtividade);
- Induzir o compartilhamento de ganhos de produtividade com os consumidores;
- Ter efeitos neutros no que tange à possibilidade de colusão das firmas ou induzir aumento de competição.
- A avaliação de cada metodologia quanto ao alcance de cada um dos objetivos específicos estabelecidos pelos grupos de trabalho e descrito

## VII. ANÁLISE DE ALTERNATIVAS

69. Apresenta-se no Anexo II desse Relatório, a matriz de análise de alternativas, que fundamentaram a escolha de opção regulatória quando do encerramento do Grupo Técnico de Política de Preço em outubro/2015. A seguir um resumo dessas alternativas:

### VII.1. Yardstick Competition

70. A *Yardstick Competition* foi concebida com o propósito de que a regulação de preços incentivasse a redução de custos da firma regulada e evitasse a perda de bem-estar social decorrente do estabelecimento de preços acima do custo marginal. Seu princípio é de que o regulador estabeleça um parâmetro (*benchmark*), que não seja o desempenho passado ou presente da própria firma. A comparação entre as firmas reguladas permitiria inferir o nível de custos possível.

71. Relacionando os preços aos custos de firmas similares, o regulador poderia forçar firmas que atendem mercados distintos a efetivamente competir. Se uma firma reduz seu custo e a firma a qual está sendo comparada não reduz, a primeira lucra; se não consegue reduzir seu custo, e a firma a qual está sendo comparada consegue, tem prejuízo. Mesmo quando as firmas não são homogêneas, é possível estabelecer esse tipo de regulação, controlando-se as variáveis nas quais as firmas são diferentes quando da avaliação dos custos.

72. O incentivo ao estabelecimento de preços no nível dos custos marginais depende dos parâmetros utilizados. Se a firma ou grupos de firmas utilizados para comparação das firmas reguladas atuarem em mercados plenamente competitivos, esse objetivo tende a ser alcançado, já que nesses mercados os preços são iguais aos custos marginais. Quando isso não ocorre, é menos provável que a utilização da *Yardstick Competition* resulte em preços no mesmo nível dos custos marginais. Em um extremo, que geraria preços iguais aos custos marginais, está a competição perfeita; no outro extremo, que tenderia a gerar os parâmetros de preços mais altos, está a barganha bilateral, situação na qual há um monopolista e um monopsonista.

73. Mesmo quando a *Yardstick Competition* não resulta em preços semelhantes aos custos marginais, é provável que induza ganhos de produtividade. Isso porque, se o regulador estabelecer um preço-limite para os ofertantes regulados baseado no comportamento dos ofertantes-parâmetro, qualquer redução de custo aumentará o lucro dos primeiros. Enquanto o lucro obtido com ganhos de produtividade for maior que os investimentos necessários para que esses ganhos ocorram, os ofertantes procurarão aperfeiçoar seus processos produtivos. Além disso, ofertantes que tiverem custos mais altos do que os utilizados como parâmetros, terão prejuízos e tenderão a sair do mercado.

74. Não há incentivos, contudo, para que esses ganhos sejam compartilhados com os consumidores. Dois cenários são possíveis. Se não houver competição (tratar-se de monopolista regulado), o preço será estabelecido no limite permitido pelo regulador, e todo o ganho decorrente de aumento da produtividade será auferido pelo ofertante. O mesmo acontecerá se houver mais de um ofertante, mas todos considerarem a melhor estratégia estabelecerem preços no mesmo nível do permitido pelo regulador. Se houver mais de um ofertante e alguma competição entre eles, é possível que, ao menos, parte dos ganhos de produtividade sejam compartilhados com os consumidores.

75. Os efeitos sobre a probabilidade de colusão da metodologia *Yardstick Competition* dependem de como for aplicada. Uma das formas mais comuns de aplicação é o estabelecimento de limites de preços baseados em parâmetros provindos de outros mercados. Nesse caso, a metodologia tem os mesmos efeitos na probabilidade de colusão de qualquer metodologia que determine preço máximo. Sem ação do regulador, a colusão depende de os ofertantes alcançarem um preço que seja mais lucrativo para todos, o que nem sempre é possível. O estabelecimento de um preço-limite pelo regulador pode ser utilizado pelos ofertantes como referência de preço a praticar e facilitar a colusão. Pode, assim, haver redução da concorrência decorrente da aplicação dessa metodologia.

## VII.2. Value Cap

76. A metodologia conhecida como *Price-Cap* consiste na determinação de preço máximo, que é ajustado em frequência pré-determinada, de acordo com fórmula também pré-determinada. Usualmente, essa fórmula é um índice de variação de preços. A metodologia ora chamada de *Value-Cap* também consiste na imposição de um limite aos preços dos agentes regulados, mas diferentemente do *Price-Cap*, é usado um índice de valor, que considera variações nos preços e nas quantidades dos serviços cobertos.

77. A literatura econômica aponta que o modelo *Price-Cap* foi inicialmente utilizado nos processos de privatizações na Inglaterra na década de 1980, visando repassar para os consumidores os ganhos de produtividade obtidos após a transferência de serviços públicos (eletricidade, gás, etc.) para a iniciativa privada.

78. Em nosso país, o processo de privatização iniciado na década de 1990 motivou também a adoção do Modelo *Price Cap* em diversas Agências Reguladoras Federais e estaduais (São Paulo). É interessante ainda observar a experiência da Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA/CMED, ligada ao Ministério da Saúde, a qual adotou este modelo a partir de 2004.

79. No modelo da ANVISA, o fator X é estimado com base na produtividade do trabalho na indústria farmacêutica, sendo calculado pela Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça. Essa produtividade é obtida pela divisão do índice de quantum da Produção Física da Indústria Farmacêutica pelo total de horas mensais trabalhadas do pessoal ocupado nesta indústria. As variáveis independentes (explicativas) do modelo são: o Produto Interno Bruto (PIB/IBGE)-dessazonalizado, taxa de juros real e a inflação medida pelo IPCA.

80. Embora o *Price Cap* geralmente se aplique ao setor de infraestrutura, na presença de monopólios naturais<sup>4</sup>, no texto intitulado “*Regulation of Private Health Insurance Premiums*” do *Acess Economics PTY Limited* elaborado pelo governo australiano em 2005, é mencionada a possibilidade de utilização deste modelo de incentivo no mercado de planos de saúde naquele país ainda que não seja verificado, um elevado poder de mercado.<sup>5</sup>

81. Ademais, em mercados não perfeitamente competitivos, os preços de equilíbrio nem sempre são estabelecidos em níveis que geram o maior bem-estar possível. No caso de monopólios naturais, a tendência é de que os níveis de preços sejam mais altos que em mercados competitivos, o que tende a resultar em menor quantidade demandada e menor excedente do consumidor, sem que haja transferência total desse excedente para o ofertante. **Esse resultado também pode acontecer na Saúde Suplementar, onde em razão de problemas informacionais, e os ofertantes, uma vez conquistados os consumidores, podem estabelecer reajustes mais altos que os competitivos porque há custos elevados para troca de produto.**

82. Por essa razão, em muitos casos, há intervenção estatal no estabelecimento de preços. Objetiva-se alcançar os resultados de um mercado competitivo por meio da criação de regras que incentivem os agentes a alterarem seu comportamento.

83. O modelo delineado possui um índice setorial que mensure as variações dos custos médico-hospitalares. Essa adaptação foi feita quando primeiro se discutiu o uso da metodologia na saúde suplementar brasileira porque os valores pagos pelos beneficiários (preços) independem da utilização dos serviços. Assim, enquanto em outros setores, variações nos custos associadas a variações de preços de insumos são consideradas quando do estabelecimento do preço-limite, e variações nas quantidades demandadas afetam, diretamente, os valores pagos pelos consumidores, na saúde suplementar, aumentos de custos relacionados à maior utilização de serviços cobertos somente resultarão em aumento de receitas se forem considerados na determinação dos reajustes dos preços dos planos.

---

<sup>4</sup> Resumidamente, o monopólio natural é uma situação de mercado em que os investimentos necessários para atuar são muitos elevados (custos fixos altos), tornando a atuação de uma única firma a forma mais eficiente de atuação.

<sup>5</sup> O exercício do poder de mercado consiste no ato de uma empresa unilateralmente, ou de um grupo de empresas coordenadamente, aumentar o preço, ou reduzir quantidades, diminuir a qualidade ou por um período razoável de tempo, com a finalidade de aumentar seus lucros.

84. Além do índice de valor (ou preço, na metodologia original), a fórmula, usualmente, é composta de fator X, relacionado ao crescimento da produtividade do setor vis à vis a produtividade da economia como um todo. Na formulação original, empregada por Stephen Littlechild na privatização do setor de telecomunicações na Inglaterra, o fator X corresponderia a uma taxa de crescimento da produtividade que deveria ser perseguida pelas empresas. Se as empresas conseguissem aumentar sua produtividade acima do esperado, aufeririam lucros extraordinários, se os ganhos de produtividade fossem menores que o esperado, teriam prejuízo. Nessas aplicações, o fator X é uma forma de repartir os ganhos de produtividade já realizados entre a firma e os consumidores.

85. A aproximação dos preços praticados pelas firmas reguladas aos custos marginais depende da capacidade do regulador aplicar a metodologia de modo que, no início da aplicação, os preços máximos sejam definidos próximos aos custos marginais e, nos ajustes periódicos, a variação dos preços máximos seja semelhante à dos custos. Isso é mais fácil quando não há muitas inovações no setor regulado, de modo que os custos são previsíveis. Quando as variações dos custos são menos previsíveis, é mais difícil relacionar os preços máximos aos custos e menos provável que a metodologia resulte em preços semelhantes ou próximos aos custos marginais.

86. Independentemente da relação entre os preços máximos e os custos, a metodologia tende a induzir ganhos de produtividade, já que aumentos de eficiência que gerem redução de custos podem ser apropriados pelas firmas. Se houver a utilização de um fator X, é provável que, ao menos, parte dos ganhos de produtividade sejam compartilhados com os consumidores.

### VII.2.1. Fator de Qualidade no Value Cap

87. A literatura internacional aponta ainda a possibilidade de estimular/penalizar os entes regulados de acordo com medidas (metas) de qualidade. Conforme Carrigton & Coelli (2008, página 15) alguns reguladores europeus adaptaram o modelo de Incentive Regulation, como o Price-Cap, incorporando um fator de qualidade, que poderá apresentar um sinal positivo ou negativo, dependendo da performance do ente regulado, conforme o trecho a seguir.

“ European regulators have extended **incentive regulation to include service quality targets within the utility price caps** to encourage improvements in customer service (e.g. Ogem 2004; Netherlands Competition Authority 2006). Utilities that exceed their targets can charge customers more for services. Conversely, utilities that exceed their targets can charge customers less for services. Advocates of incentive regulation argue that it provides greater incentives for utilities to improve performance and reduces regulatory cost compares to cost-of service regulation”

88. Os autores ainda aludem que um aumento da produtividade média dos planos de saúde pode ser oriunda de uma deterioração da qualidade dos serviços (p, 16, 2008).

### VII.2.2. Fator de Qualidade na ANAC

89. No que tange ao fator de qualidade, a Agência Nacional de Aviação Civil -ANAC, na concessão para a construção parcial, manutenção e exploração do Aeroporto Internacional de São Gonçalo do Amarante, definiu que o fator de qualidade Q poderá afetar positivamente ou negativamente o reajuste, dependendo do desempenho apresentada pela concessionária no que se refere à qualidade do serviço, utilizando o modelo Price-Cap (Incentive Regulation).

90. A Qualidade dos Serviços Prestados pela Concessionária será apurada anualmente compreendendo dois componentes; (a) Parâmetros Operacionais e (b) Percepção de Qualidade dos Serviços. A Avaliação dos parâmetros



operacionais inclui elementos passíveis de mensuração direta, tais como: Tempo de espera na fila para decolagem ( $\leq 5$  min.) e Tempo de espera na fila de inspeção de segurança do Raio X ( $\leq 15$  minutos). Já a percepção da qualidade do serviço será levantada por meio de pesquisa de satisfação com passageiros, considerando treze itens tais como sinalização visual, disponibilidade de assentos na sala de embarque, serviços de comunicação e atendimento de necessidade de assistência especial.

### **VII.2.3. Fator de Qualidade – Proposta da ANS**

91. Na 5ª reunião do Grupo Técnico GT, realizada em 30/11/2011, foi apresentado preliminarmente um fator de Qualidade baseado exclusivamente no IDSS. Assim, uma operadora que obtivesse a pontuação máxima do IDSS em sua dimensão assistencial (ID\_AS), o fator Q se igualaria ao do fator X. Já uma pontuação mínima do IDSS (zero) resultaria num fator de qualidade igual a zero.

### **VII.3. Pool de Risco Regulado**

92. Da discussão das metodologias anteriores, infere-se que uma das principais dificuldades para a regulação de preços é a assimetria de informação entre agentes regulados e regulador. Considerando-se essa assimetria, Jean-Jacques Laffont e Jean Tirole desenvolveram, a partir dos anos 80 do século passado, modelos teóricos de regulação econômica nos quais o regulador é tratado como principal<sup>6</sup>, cujo objetivo é maximizar o bem-estar social, e os agentes regulados, os agentes. Tanto problemas de seleção adversa quanto de risco moral são considerados. O problema do regulador é, dessa forma, prover os incentivos adequados para que os agentes ajam da forma desejada. Esses modelos iniciaram uma nova fase da teoria da regulação, na qual a teoria dos jogos e, mais especificamente, de desenho de mecanismos é utilizada.

93. O esquema básico de grande parte dos modelos de Laffont e Tirole baseia-se na interação entre uma firma e o regulador. Há parâmetros que determinam o custo da firma que são apenas por ela conhecidos. É possível a redução de custos por meio da realização de esforços, que são custosos. O interesse do regulador é maximizar o bem-estar social, podendo utilizar tanto a determinação de preços quanto subsídios à firma regulada. Os autores mostram que é possível estabelecer esquema regulatório ótimo, permitindo à firma escolher o contrato que prefere de um menu de preços e subsídios (financiado, possivelmente, por tarifas de duas partes). As firmas que escolhessem os preços menores (ou seja, revelassem ter os custos menores) seriam compensadas por meio dos subsídios, de modo que fosse, no mínimo, tão lucrativo reportar os custos verdadeiros quanto reportar custos mais altos. A vantagem de um esquema que induza a “revelação da verdade” é que custos menores implicam preços menores, aumentando a eficiência alocativa.

94. Com base nos princípios desses modelos, foi proposto, na nota técnica no 01/2014/GGISE/DIDES/ANS, um esquema regulatório para os preços de planos individuais com as seguintes características:

- Formação de um pool de risco por operadora com todos os contratos individuais e coletivos com até 30 vidas;
- Comunicação pelas operadoras à ANS do reajuste necessário aos contratos desse pool;
- Separação pela ANS das operadoras conforme o porte;
- Aplicação de duas regras pela ANS para a determinação dos reajustes:

- a) Se o reajuste proposto pelas operadoras for menor que a média dos reajustes propostos pelas operadoras de seu grupo adicionada de dois desvios-padrão, a operadora deverá aplicar o reajuste solicitado a todos os seus contratos. Se não for, a ANS determinará o reajuste da operadora;
- b) Se a mediana dos reajustes de um grupo for superior a determinado parâmetro, a ANS determinará o reajuste de 50% das operadoras cujas propostas foram superiores à mediana.

- Divulgação pela ANS, em seu site na internet, da relação dos reajustes propostos e dos autorizados.

95. Essa proposta tem como objetivo central incentivar as operadoras a revelar o reajuste necessário para seus planos, de modo que a Agência Reguladora não precise determinar seus custos e estimar a variação destes. Os parâmetros estabelecidos nas regras i e ii, contudo, não foram testados teórica ou empiricamente, podendo não ser suficientes para que as operadoras revelem os reajustes realmente necessários. Nesse sentido, embora haja incentivo para que a operadora não se arrisque a solicitar reajustes maiores que a estimativa da média de seu grupo (a média real somente será conhecida quando todas as operadoras solicitarem autorização à Agência), não é possível saber o quanto os reajustes solicitados se aproximariam dos custos marginais.

96. Se o esquema regulatório, com os parâmetros definidos, funcionar de forma ótima, os reajustes revelados pelas firmas serão semelhantes às variações dos custos marginais, sendo fator de indução de eficiência o receio de estar seu reajuste na calda superior de seu grupo. Não funcionando o esquema de forma ótima, é possível às firmas internalizarem ganhos decorrentes de aumentos de produtividade, o que pode aumentar os ganhos de eficiência. Esses ganhos são repassados aos consumidores na medida em que se refletem em propostas de preços mais baixos.

97. Com a aplicação dessa proposta, as operadoras de um mesmo grupo teriam fortes incentivos a combinarem as propostas de reajuste que farão ao regulador, já que quanto maior a média, melhor para todos do grupo. A segunda regra da proposta descrita pode diminuir os incentivos à colusão, mas isso só aconteceria se o parâmetro utilizado não fosse de conhecimento das operadoras. Caso contrário, a colusão pode ser feita, considerando-se o parâmetro estabelecido.

#### **VII.4. Pool de Risco Expandido**

98. Diante do fato de que a divulgação de um índice pela ANS tende a induzir a convergência dos reajustes aplicados e considerando a assimetria de informação entre regulado e regulador, que torna improvável que este tenha o mesmo conhecimento sobre os custos, o processo produtivo e a dinâmica da competição no setor que os regulados, a proposta é que estes determinem o reajuste que pretendem aplicar a seus contratos

99. As operadoras seriam separadas em dois grupos. Aquelas que ainda atuam no mercado de planos individuais, comercializando produtos, e aquelas que não mais atuam, mas ainda têm beneficiários nesses produtos. Às últimas seria permitido aplicar o IPCA Saúde, calculado pelo IBGE. Eventuais desequilíbrios decorrentes do fato de o índice de inflação ser menor que a variação de custos das operadoras deveriam ser considerados pelas operadoras e provisionados. Às primeiras, seria permitido a formação de pool composto por todos os contratos individuais regulamentados, coletivos empresariais com menos de trinta vidas e coletivos por adesão.

100. Com a aplicação dessa proposta, os reajustes estabelecidos pelas operadoras dependerão do nível de concorrência nos mercados em que atuam. Em termos de produto, os mercados de planos individuais apresentam estrutura bastante concentrada em contraponto a estrutura mais competitiva dos planos coletivos (ANDRADE, 2015). A obrigação de ser um mesmo reajuste a todos os contratos de planos individuais, coletivos empresariais com menos de trinta vidas e contratos de planos coletivos por adesão poderia diminuir o risco da aplicação de reajustes com vistas à seleção de riscos (expulsão dos beneficiários associados a um tipo de contrato, que tendem a ser os beneficiários com maior probabilidade de utilização).

101. Para evitar o abuso de poder de mercado, em áreas nas quais haja grande concentração, o reajuste a ser aplicado teria de ser previamente autorizado pela ANS, com dados que subsidiem o reajuste pretendido (variação de custos). Poderia ainda ser exigido que fossem registrados três planos individuais, em diferentes categorias de preço. Com isso, o consumidor poderia migrar de um plano para outro.

102. Ainda com vistas a estimular a competição e a indução de reajustes em níveis reduzidos, a ANS divulgaria todos os reajustes aplicados aos contratos do pool em maio. Dessa forma, seria facilitada a comparação entre operadoras. Seriam também divulgados o custo assistencial médio por tipo de operação e por operadora e também os preços médios de comercialização. Considerando-se que há grande diversidade de planos no que tange à segmentação assistencial, rede de prestação de serviços e características da cobertura que influenciam nos custos e preços de cada operadora, a comparação da sinistralidade por tipo de contratação das operadoras teria menor contribuição para a escolha informada dos consumidores, mas permitiria a órgãos de proteção ao consumidor avaliar o comportamento das operadoras e divulgar eventuais comportamentos oportunistas.

103. A não ser em mercados geográficos competitivos, não haveria incentivos para o estabelecimento de preços ao nível dos custos marginais. Nos mercados considerados concentrados pela Agência, a proposta poderia induzir a aplicação de reajustes próximos à variação de custos. Há que se considerar, no entanto, a assimetria de informação entre regulador e regulado anteriormente mencionada.

104. No caso dos agentes que ainda comercializam planos individuais e atuam em mercados geográficos competitivos, a indução de ganhos de eficiência seria proveniente da competição. Como os mercados individuais, na maior parte, são concentrados, a indução de eficiência dependeria da competição nos mercados coletivos. Nos mercados geográficos considerados concentrados pela ANS, não haveria qualquer indução de eficiência, já que qualquer variação de custos seria aceita pela Agência no estabelecimento dos reajustes. Para as operadoras que não comercializam planos individuais, a indução de eficiência seria decorrente da aplicação de um teto ao reajuste. Qualquer diminuição de custos seria apropriada pelo ofertante.

105. O compartilhamento dos benefícios de ganhos de eficiência com o consumidor também dependeria da competição nos casos das operadoras que comercializam planos individuais e atuam em mercados considerados competitivos. Quanto maior a competição, maior a probabilidade de compartilhamento dos ganhos com os consumidores. No caso das operadoras que atuam em mercados considerados não competitivos, não haveria mecanismos de indução do compartilhamento desses ganhos, tampouco no caso das operadoras que não comercializam planos individuais.

106. A proposta é neutra no que tange à indução de colusão tácita. Os agentes que comercializam planos individuais tenderiam a agir da mesma forma que agiriam se não houvesse regulação de preços. É possível que, em alguns mercados, houvesse colusão tácita, mas esse não seria um resultado diferente de se não houvesse a atuação da Agência.

107. Para comparação das metodologias, o GT definiu 22 (vinte e dois) critérios técnicos para classificar cada uma das metodologias analisadas segundo esses critérios, conforme detalhado no Anexo I, definida como Avaliação Técnica Multicritérios. Adicionalmente, aplicou-se a Avaliação de Impacto Regulatório – metodologia interna com a finalidade de subsidiar a tomada de decisão sobre uma proposta de intervenção regulatória formulada pela Agência, conforme detalhado no Anexo II.

108. Dessa comparação, o GT concluiu que a **VCMH Trimestral sem Faixa Etária Escalonada** apresentaria a maior capacidade de mitigar as fragilidades observadas na metodologia atual, assegurar o equilíbrio econômico-financeiro das carteiras individuais e impedir reajustes abusivos, além de:

- Possibilitar a verificação externa do cálculo do índice de reajuste, aumentando a transparência.

- Reduzir a defasagem temporal e aumentar a previsibilidade do índice de reajuste.
- Basear o cálculo do reajuste no perfil de risco da carteira de contratações individuais.
- Reduzir ou impedir o vício estrutural, isto é, variações imprevistas – positivas ou negativas.
- Estimular ganhos de eficiência do setor, não permitindo que as operadoras se tornem meras repassadoras de custos.
- Estimular ganhos de qualidade na prestação de serviços assistenciais ao beneficiário.

109. Entretanto, na ocasião, em virtude da recente inclusão das despesas assistenciais da carteira de planos individuais nas notas explicativas das demonstrações financeiras auditadas das operadoras, recomendou-se acompanhar o comportamento deste índice durante 2015 e 2016, para possível implementação em 2017 ou 2018.

110. Como conclusão daquele GT, recomendou-se durante a fase de transição para o índice baseado na VCMH, implementar o *Yardstick Competition* Trimestral Escalonado (opção 1), a partir do primeiro trimestre de 2016 de modo a reduzir a defasagem temporal entre o período de apuração e aplicação do reajuste e aumentar a previsibilidade do índice.

111. Encerrado o GT, foram realizadas reuniões internas na ANS, com os diretores adjuntos e técnicos de outras diretorias a fim de se obter sugestões, críticas e perspectivas adicionais sobre as propostas em pauta, identificando possíveis impactos não verificados pelo grupo interno da DIPRO, para então conclusão da proposta de Política de Reajuste e Preço que seria submetida à apreciação da Diretoria Colegiada da ANS.

112. Contudo, após apreciação da matéria pela Diretoria Colegiada da ANS, não fora instaurada naquele momento Câmara Técnica para discussão do assunto..

113. No Planejamento da GEFAP de 2017, os assuntos da Política de Reajuste e Preço foram retomados, partindo-se da conclusão e propostas do GT de 2015, sendo as alternativas novamente avaliadas, sendo certo de que, naquela ocasião, já existia uma série temporal dos dados da VCMH dos planos individuais e que o momento de transição da metodologia *Yardstick Competition* já havia sido superada em função do próprio lapso temporal e da estabilidade dos dados.

## VIII. COMPARAÇÃO

114. A título ilustrativo da necessidade de medidas regulatórias na Política de Preços e Reajustes elencadas ao longo desse documento, destacam-se algumas informações:

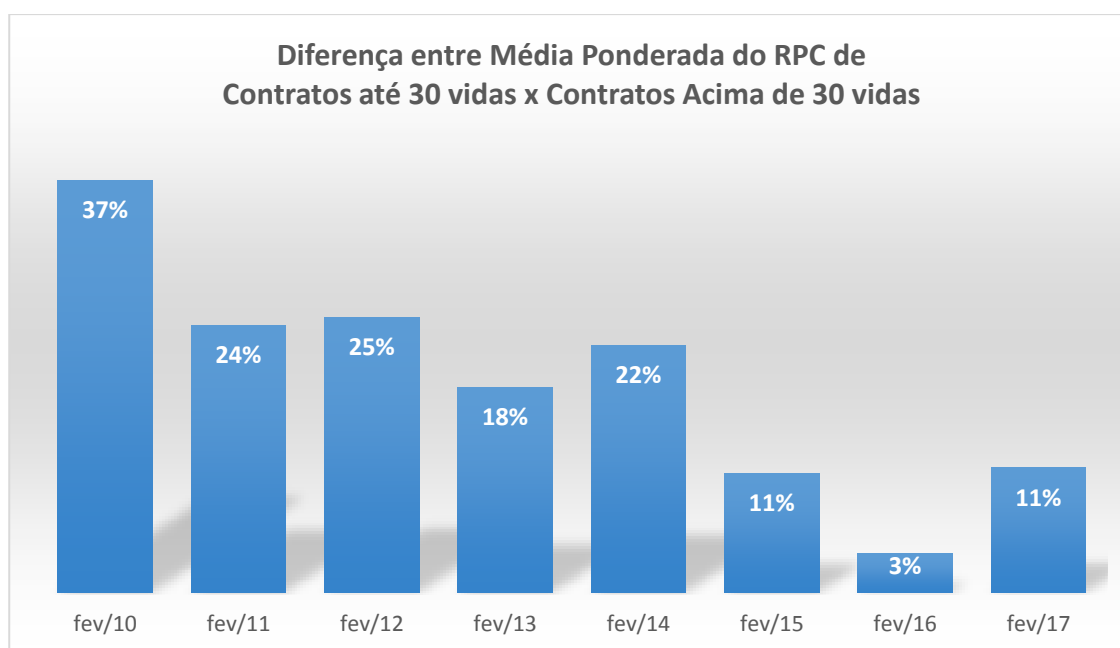
### VIII.1. Comparação entre reajuste nos contratos com mais de 30 vidas e nos contratos com menos de 30 vidas

115. Com base nos comunicados de reajustes nos contratos coletivos informados pelas operadoras no RPC, o histórico de reajuste dos contratos com menos de 30 vidas e dos contratos com mais de 30 vidas, pode ser verificado a seguir, demonstrando que a RN nº 309/12 surtiu inicialmente efeito, ao diminuir a diferença do reajuste pelo porte dos contratos, mais ou menos de 30 vidas, como observado a seguir. Entretanto, em fevereiro de 2017, essa diferença volta a subir, o que pode indicar necessidade de revisão da norma, com o aumento do número de vidas para agrupamento dos contratos:

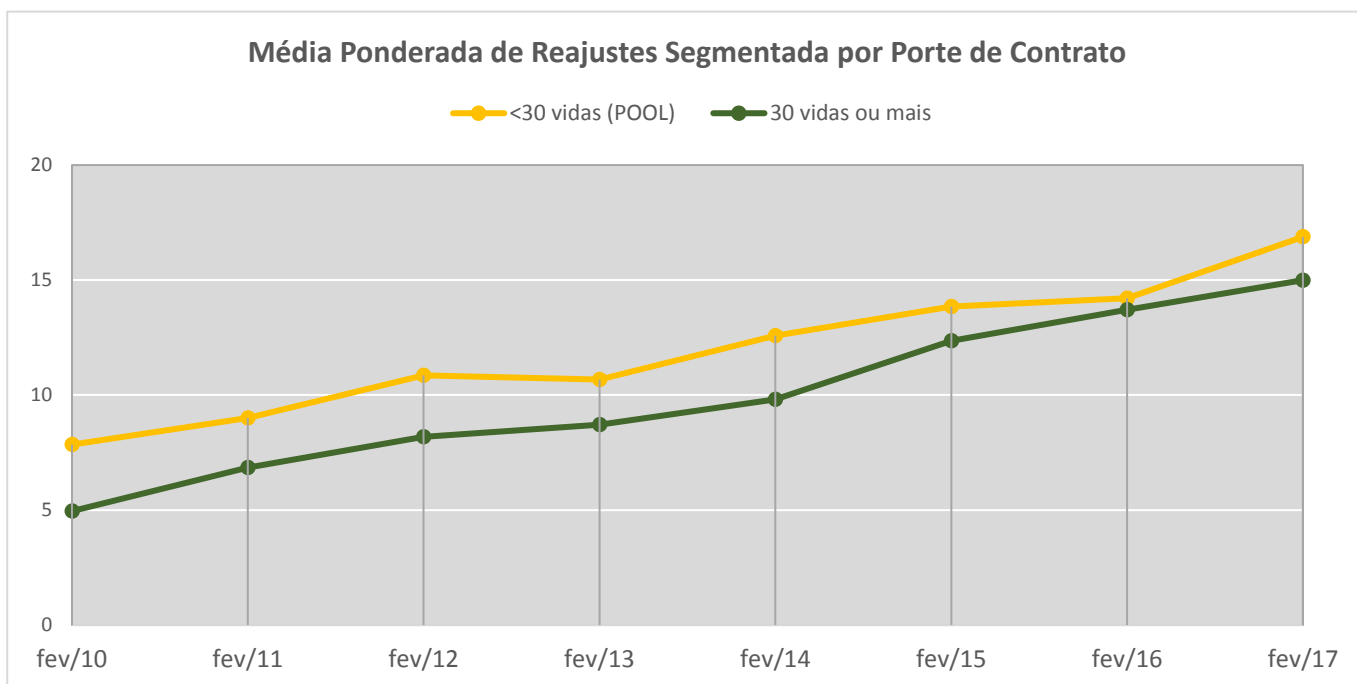
#### REAJUSTE MH SEM OUTLIERS

	<30 vidas (POOL)	30 vidas ou mais	Dif %
fev/10	7,85	4,95	37%
fev/11	9,00	6,85	24%
fev/12	10,86	8,18	25%
fev/13	10,68	8,72	18%
fev/14	12,58	9,80	22%
fev/15	13,85	12,36	11%
fev/16	14,21	13,71	3%
fev/17	16,88	14,99	11%

Fonte: RPC, Reajuste médio calculado sobre base completa sem outliers.



Fonte: RPC, Reajuste médio calculado sobre base completa sem outliers.



Fonte: RPC, Reajuste médio calculado sobre base completa sem outliers.

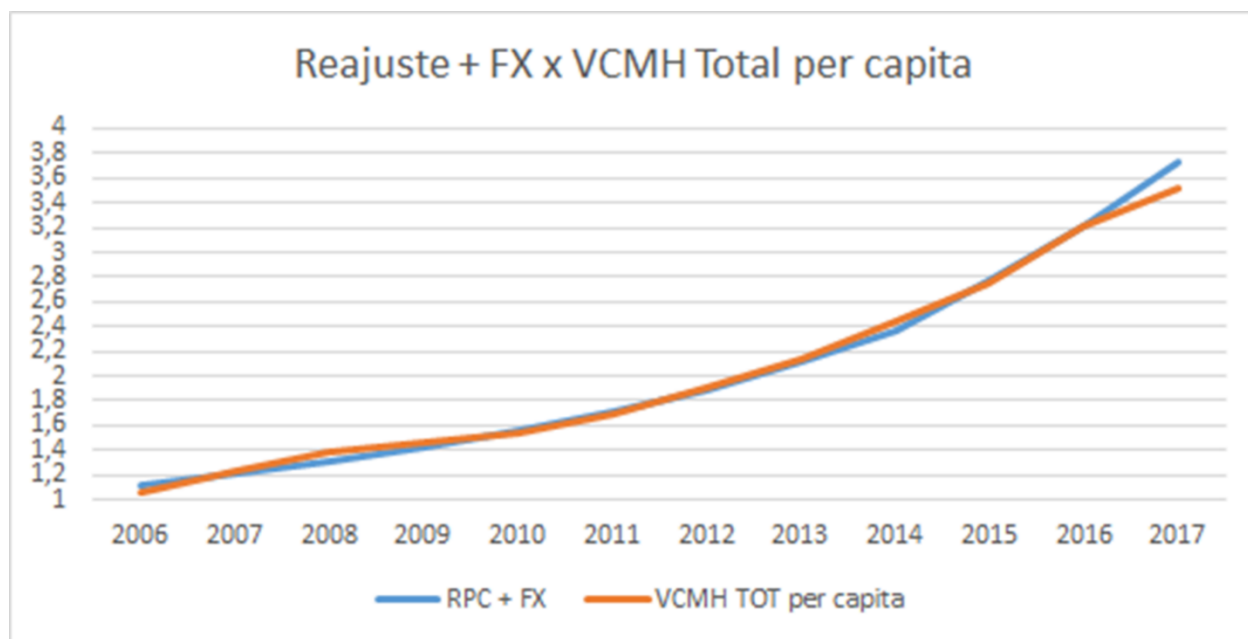
## VIII.2. Comparação entre o índice máximo de reajuste da ANS acrescido do fator faixa etária e a VCMH per capita

116. A comparação entre as variações acumuladas da VCMH e dos reajustes individuais (reajuste financeiro anual baseado no RPC + reajuste médio por faixa etária) permite inferir a não existência de desequilíbrios estruturais decorrentes da atual política de reajustes, vista a imaterialidade do desvio verificado de 0,24%.

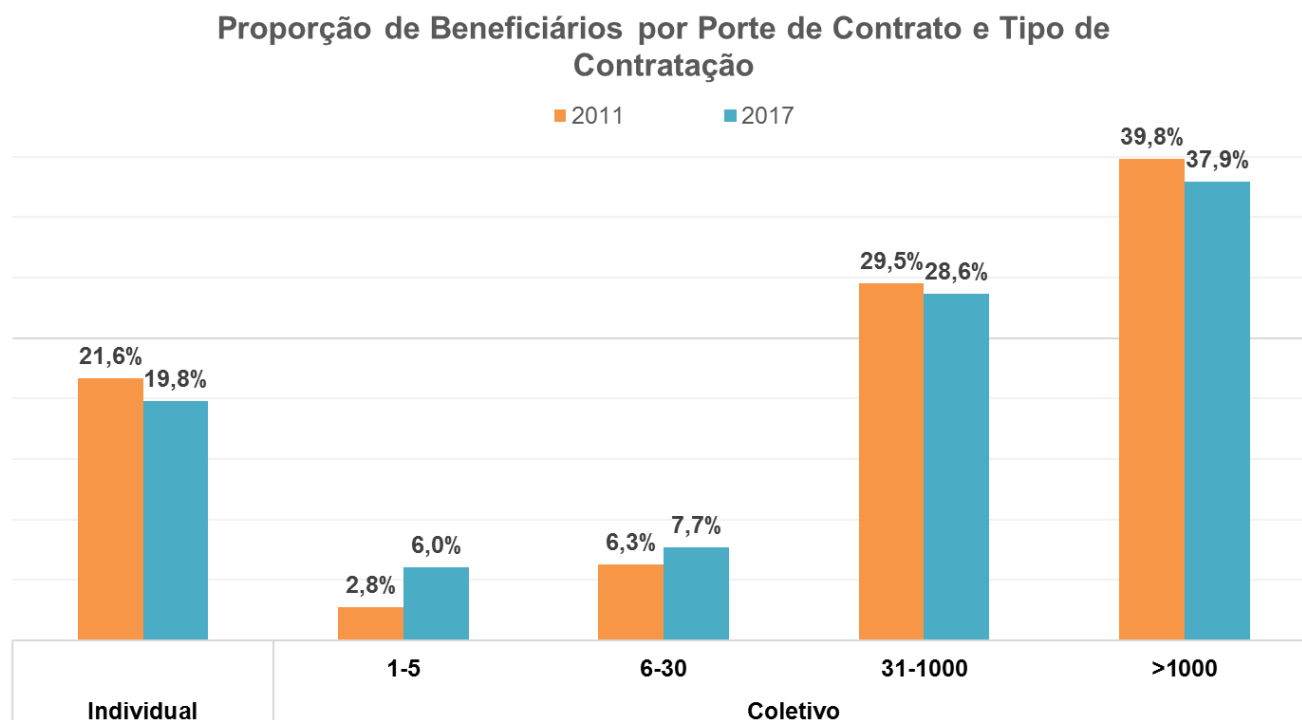
Ano	Índice Máximo ANS	Fx Etária	RPC + FX	VCMH per capita
2000	5,42%	2,40%	7,95%	
2001	8,71%	2,40%	11,32%	
2002	7,69%	2,40%	10,27%	
2003	9,27%	2,40%	11,89%	
2004	11,75%	2,40%	14,43%	
2005	11,69%	2,40%	14,37%	
2006	8,89%	2,40%	11,50%	5,66%
2007	5,76%	2,40%	8,30%	17,31%
2008	5,48%	2,40%	8,01%	11,09%
2009	6,76%	2,40%	9,32%	6,76%
2010	6,73%	2,14%	9,01%	4,86%
2011	7,69%	2,38%	10,25%	9,63%
2012	7,93%	2,41%	10,53%	13,13%
2013	9,04%	2,40%	11,66%	11,08%
2014	9,65%	2,40%	12,28%	14,63%
2015	13,55%	2,40%	16,28%	12,83%
2016	13,57%	2,40%	16,30%	17,21%
2017	13,55%	2,40%	16,28%	10,04%
Estimativa				

Ano	RPC + FX	VCMH TOT per capita	Diferença
2006	1,1150336	1,05661135	1,05529209
2007	1,207561764	1,239495857	0,974236224
2008	1,304305816	1,376923286	0,947261064
2009	1,425917705	1,469957059	0,97004038
2010	1,55445024	1,541340694	1,008505288
2011	1,713828365	1,689736443	1,014257799
2012	1,894313567	1,911520355	0,990998376
2013	2,115195345	2,123387367	0,996142003
2014	2,374975176	2,434020447	0,97574167
2015	2,761507136	2,746384578	1,005506351
2016	3,211513502	3,219088858	0,997646739
2017	3,734193748	3,54239529	1,05414372
Soma	25,41279597	25,35086158	1,002443088
Desvio Estrutural			0,24%

117. Não obstante a inexistência de desvios quando se compara a área das curvas no período analisado, vale destacar que no ponto atual, já se verifica uma tendência de descolamento das medidas analisadas, o que reforça a necessidade de revisão da atual política de reajuste, conforme se verifica a seguir:



118. Ressalte-se que o descolamento observado, não pode ser atribuído tão somente às variações sazonais das medidas examinadas ao longo da Política de Reajuste dessa ANS. Conforme elucidado ao longo do processo SEI N°: 33910.012414/2017-24, este comportamento também é reflexo da chamada “despoolização” dos contratos, conforme se verifica a seguir:



FONTE: Comunicados de reajuste de plano coletivo enviados ao RPC e SIB

### VIII.3. Comparação entre a sinistralidade dos planos coletivos e individuais

119. A seguir tabela com a sinistralidade dos planos de acordo com o tipo de contratação (coletivos empresariais, coletivo por adesão e individual) e o período de contratação (antes ou pós Lei):

#### Índice de Utilização - Sinistralidade

Rótulos de Linha	2013	2014	2015	2016
Planos Coletivos Empresariais antes da Lei	94,94%	94,78%	95,98%	91,97%
Planos Coletivos Empresariais pós Lei	83,14%	82,57%	83,27%	83,74%
Planos Coletivos por Adesão antes da Lei	96,00%	96,56%	99,33%	101,88%
Planos Coletivos por Adesão pós Lei	82,09%	77,28%	76,67%	76,34%
Planos Individuais antes Lei	93,98%	89,16%	86,92%	90,53%
Planos Individuais pós Lei	70,10%	74,99%	75,47%	75,43%

Fonte: DIOPS

## IX. CONCLUSÃO

120. Sendo assim, como estudo contínuo do tema, novas análises foram elaboradas pelos técnicos da GEFAP e resumidas no processo SEI N°: 33910.012414/2017-24, cujas Notas fazem parte deste documento, buscando-se contemplar as seguintes diretrizes e respectivas indicações de ações, cuja matriz de comparação de análise de risco encontra-se no Anexo III:

#### ▪ Diretriz da transparência do cálculo e da base de dados

Utilização da VCMH no mercado de planos individuais per capita descontando-se a variação média proveniente dos reajustes por variação de faixa etária. Importante destacar que tal desconto é necessário para que se evite dupla contagem, visto que na VCMH, entre outros impactos, estão incluídas as variações de custos provenientes do envelhecimento da população. Neste sentido, ao se utilizar a VCMH como parâmetro de reajuste é indispensável o desconto de reajustes de contraprestações atribuído à variação de faixa etária, conforme regulamentação da RN N° 63 DE, 22 DE DEZEMBRO DE 2003.

#### ▪ Diretriz da mitigação do descompasso temporal

Manutenção da periodicidade anual de aplicação de reajuste, porém, com apuração e divulgação trimestral do percentual máximo a ser aplicado, de acordo com a data de aniversário do contrato, a fim de evitar impactos indesejados provenientes de reversões bruscas da tendência do comportamento dos custos no setor. Além de reduzir o hiato temporal entre o período de apuração da média da VCMH e sua divulgação, esta medida também potencializa a transparência, visto que consegue sinalizar de forma mais consistente a tendência do comportamento desta medida.

#### ▪ Diretriz da transferência de ganhos aos beneficiários

Como visto, a aplicação pura e simples da VCMH poderia implicar em repasse automático de eventuais ineficiências do setor. Deste modo, um dos mecanismos de mitigação desses efeitos indesejados é a adoção de **mecanismos de ajuste previstos na metodologia do Price Cap**, que contempla a utilização do fator X, relacionado ao crescimento da produtividade do setor comparada à produtividade da economia como um todo, e de um fator Y baseado em um indicador de qualidade por operadora.



Importante desde já destacar que o índice proveniente da variação da VCMH é um índice de valor, posto que a comparação do índice de reajuste estabelecido pela ANS não deve ser feita com índices que medem a inflação oficial. Devem ser consideradas variações de preços dos serviços cobertos e variações nas quantidades utilizadas desses serviços, especialmente considerando que a Saúde Suplementar se insere numa esfera de mutualismo entre os participantes, na qual não se pode segregar as quantidades utilizadas a exemplo do que é feito em setores como telefonia e energia elétrica, por exemplo. Neste sentido, é necessário que os reajustes remunerem também variações nas quantidades dos serviços cobertos.

A discussão a respeito de um índice que reflita a qualidade da operadora, levando em conta o conceito preconizado pelo *Price Cap* e já utilizado nesta Agência quando da regulamentação do art. 7º da RN Nº 364, de 11 de dezembro de 2014. Nesse caso, a qualidade pode ser mensurada para cada operadora e não para a média do setor. Uma das propostas apresentadas quando da elaboração da NOTA TÉCNICA Nº 2005/2017/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO é a inclusão de um fator de qualidade baseado em medida já conhecida e utilizada pela ANS. Um exemplo dessas medidas é o IDSS, o qual poderia ter suas medidas absoluta e relativa (ano corrente comparado com anos anterior – Delta, portanto), utilizadas como parâmetro para o Fator Y (índice de qualidade), conforme figura a seguir.

121. Em 8 de dezembro de 2017, na 7ª Reunião do Comitê de Estrutura e Regulação dos Produtos foram apresentadas as propostas para Política de Reajuste e Preço, conforme Notas anexas, momento no qual deu-se o prazo até o dia 15/01/2018 para recebimento das contribuições dos membros do Comitê para avaliação da área técnica e discussão na reunião seguinte, a ser realizada em 06 de fevereiro de 2018.

122. Por fim, a partir das diretrizes estabelecidas, nas contribuições recebidas, nas comparações do Anexo 1 e na escolha das opções A2, B1 e C2 do Anexo 2, submete-se à Diretoria Colegiada da ANS a proposta para nova Metodologia de Reajuste de Planos Individuais consolidada em minuta de resolução normativa.

123. À consideração superior.

## ANEXO I – MATRIZ DE COMPARAÇÃO ENTRE AS METODOLOGIAS

	Vantagens		Classificação	Pesos
1	Cálculo baseado no perfil da carteira individual	Segmentação X Isonomia	básico	7
2	Contempla a diversidade entre as carteiras das operadoras		desejável	5
3	Reduzida defasagem temporal entre apuração e aplicação		básico	7
4	Isonomia entre as operadoras		desejável	5
5	Estimula a concorrência entre operadoras por diferenciação		básico	7
6	Permite identificar os fatores de elevação de custos	Rentabilidade da carteira X incentivos ao setor	desejável	5
7	Incentiva a eficiência		básico	7
8	Evita o repasse 100% de aumento de custos		básico	7
9	<b>Incentiva a qualidade (reduz o risco assistencial, garantia de</b>		desejável	5
10	<b>incentiva a comercialização de planos individuais</b>		desejável	5
11	Recuperar o custo da carteira para a operadora		essencial	10
12	Operadora se responsabiliza pelo cálculo	Confiabilidade	Inesperado	1
13	Base de dados validada		básico	7
14	Facilidade de entendimento da metodologia		básico	7
15	Facilidade de verificação do cálculo		desejável	5
16	Facilidade de fiscalização da aplicação do reajuste		básico	7
17	Impede reajustes abusivos		essencial	10
18	Não favorece a cartelização		básico	7
19	Desestimula a indexação		desejável	5
20	<b>Evita erro estrutural não intencional (transferência de renda entre beneficiários)</b>		básico	7
21	Considera o reajuste por faixa etária previsto		básico	7
22	Considera o impacto do ROL		básico	7

essencial	10
básico	7
desejável	5
Inesperado	1

Vantagens	Yardstick		Price Cap		VCMH		Pool	
	ATUAL	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	REGULAD	
1 Cálculo baseado no perfil da carteira individual	0	0	2		2		1	
2 Contempla a diversidade entre as carteiras das operadoras	0	1	1		1		2	
3 Reduzida defasagem temporal entre apuração e aplicação	0	1	2		2		1	
4 Isonomia entre as operadoras	2	2	2		2		0	
5 Estimula a concorrência entre operadoras por diferenciação	0	1	1		1		2	
6 Permite identificar os fatores de elevação de custos	0	0	1		1		0	
7 Incentiva a eficiência	1	2	2		1		1	
8 Evita o repasse 100% de aumento de custos	1	1	1		1		0	
9 <b>Incentiva a qualidade (reduz o risco assistencial, garantia de</b>	0	1	1		0		0	
10 <b>Incentiva a comercialização de planos individuais</b>	0	1	1		0		2	
11 Recuperar o custo da carteira para a operadora	1	1	1		1		2	
12 Operadora se responsabiliza pelo cálculo	0	0	0		0		2	
13 Base de dados validada	1	1	2		2		0	
14 Facilidade de entendimento da metodologia	2	2	1		1		1	
15 Facilidade de verificação do cálculo	0	0	1		2		1	
16 Facilidade de fiscalização da aplicação do reajuste	2	2	2		2		1	
17 Impede reajustes abusivos	2	2	2		2		1	
18 Não favorece a cartelização	1	2	2		2		0	
19 Desestimula a indexação	0	1	1		1		2	
20 <b>Evita erro estrutural não intencional (transferência de renda</b>	0	1	1		1		0	
21 Considera o reajuste por faixa etária previsto	2	2	2		2		1	
22 Considera o impacto do ROL	1	1	2		2		2	
<b>Total ponderado</b>	<b>0,84</b>	<b>1,23</b>	<b>1,50</b>		<b>1,41</b>		<b>0,98</b>	

## ANEXO II – MATRIZ DE ANÁLISE DE ALTERNATIVAS

### Reajuste Individual: Nota Técnica 2010 - Processo SEI - 33910.012414/2017-24

Proposta	Soluções para implementação	Vantagens	Desvantagens	Justificativa	Aprimoramento em relação ao status quo
A - Critério de cálculo da VCMH “cheia”	A1 – Cálculo operadora a operadora, expurgando crescimento físico de beneficiários e pequenas operadoras. Critério da mediana com box plot a definir.	Maior detalhamento.	Método mais complexo e sem abordagem globalizada. Necessidade de definição técnica do box plot.	A alternativa A2 é de mais fácil compreensão, implementação e acompanhamento por parte do público em geral.	A base de reajustes será a efetiva variação de custos do universo de planos individuais e não dos reajustes de planos coletivos. A frequência de apuração trimestral eliminará a defasagem atual. Ademais as informações da VCMH são mais criteriosamente auditadas e não haverá a captação de reajuste de produtos sub precificados.
	A2 – Somatório geral, expurgando efeito do crescimento físico de beneficiários e de operadoras que entraram ou saíram ao longo do período de apuração. Critério da média.	Aborda o mercado globalmente. Não há necessidade de promover expurgos com box plot.	Menos detalhado.		
B - Critério do cálculo do expurgo de variação de faixa etária.	B1 – Método Ipiranga e Matos (2009 e 2017), tomando o universo de individuais novos no ano base e retroagindo um ano para verificar impactos na população e, conseqüentemente, impacto geral.	Mais simples e possibilita atualização imediata. Chega a resultados muito parecido com o Método UFMG.	Menos preciso.	A alternativa B1 é mais simples e apresenta resultados praticamente idênticos aos alcançados pelo método da UFMG.	O critério atual do <i>Yardstick Competition</i> já é apurado sem inclusão de variação de faixa etária na base. Não é necessário, portanto, o Expurgo.
	B2 – Método UFMG (2012), tomando uma determinada carteira como amostragem e verificando o real impacto médio desta carteira entre um ano e outro.	Mais preciso.	Exige o acompanhamento da trajetória do beneficiário entre diferentes tempos. Limitações na atualização.		
C – Critério de estabelecimento do Fator X	C1 – Método que leve em conta produtividade do Setor de Saúde.	Mais específico do setor.	Demanda cálculo customizado. Pode apresentar maior amplitude nas variações.	Não obstante a questão da representatividade do setor, a alternativa C2 guarda relação com o conceito de Produtividade e	O Fator X está presente na metodologia do <i>Price Cap</i> , amplamente utilizada por órgãos reguladores em todo mundo. Este fator tem a prerrogativa de transferir ganhos de
	C2 – Método baseado na produtividade geral da Economia brasileira.	Mais conhecido e	Menos representativo do setor.		

<b>Proposta</b>	<b>Soluções para implementação</b>	<b>Vantagens</b>	<b>Desvantagens</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Aprimoramento em relação ao status quo</b>
		com ampla divulgação. Tende a ter séries com amplitude menor.		apresenta resultados menos instáveis do que os esperados na alternativa C3.	eficiência e produtividade do sistema para seus consumidores.
	C3- Estabelecimento de parâmetro arbitrário e provisório de 1% (um ponto percentual a ser retirado da VCMH) até que se estabeleça um critério em caráter mais permanente.	Não implica na necessidade imediata de cálculo e definição de parâmetro.	Critério arbitrário, sem relação direta com a produtividade.		
D – Critério de estabelecimento do fator Y	D1 – Método baseado na variação e no ranking do IDSS	É um índice amplamente conhecido com referência de qualidade no setor.	Avalia a operadora sobre diferentes aspectos, não tendo foco específico.	O IDSS é um índice calculado pela ANS, amplamente conhecido e difundido, e guarda relação com o conceito de Qualidade. Recomenda-se a composição entre o índice verificado no ponto (ranking) e sua trajetória nos últimos dois anos.	O Fator Y está presente na metodologia do <i>Price Cap</i> , amplamente utilizada por órgãos reguladores em todo mundo. Este fator tem a prerrogativa de estimular os ofertantes com maior qualidade na prestação do serviço, devolvendo parte do que foi retirado a título do Fator X.
	D2- Estabelecimento de parâmetro arbitrário e provisório de 1% (um ponto percentual a ser acrescido da VCMH) até que se estabeleça um critério em caráter mais permanente.	Não implica na necessidade imediata de cálculo e definição de parâmetro.	Critério arbitrário, sem relação direta com a qualidade.		

[Voltar à apresentação](#)

## Sumário Executivo de Impacto Regulatório

### Portaria de iniciativa (n.º e ano):

Portaria DIPRO, Nº 05, de 29 de Abril de 2015

### Diretor:

Karla Santa Cruz Coelho

### Processo n.º:

33910.012414/2017-24

### Regime de Tramitação:

Comum

### Data:

06/02/2018

### Área Responsável:

DIPRO/GGREP/GEFAP

### Assunto:

Política de Preços (Metodologia de Cálculo de Planos Individuais)

### Equipe Técnica Responsável:

Daniele Rodrigues, Bruno Cortat, João Matos, Bruno Morestrello, Rodolfo Cunha, Glauco Carreira, Iara Riça, Maurício Santana, Luciana Figueira, Thais Guimarães, Arthur Lamenza, Marcelo Gurgel

### 1. Qual o problema a ser resolvido?

O Índice ANS baseia-se na média dos reajustes de contratos coletivos (RPC) informados à agência para determinar o teto dos reajustes a serem aplicados a planos individuais. O índice é calculado anualmente com base nos reajustes aplicados nos 12 meses anteriores à apuração e é divulgado para aplicação durante os 12 meses após a divulgação. Tal metodologia, conhecida como "Yardstick Competition", apresenta fragilidades que podem causar distorções nos reajustes de planos individuais. O grupo analisou alternativas a essa metodologia que visam garantir a sustentabilidade econômico-financeira das carteiras de planos individuais, enquanto corrige as seguintes fragilidades:

- >> Defasagem temporal entre período de apuração e a aplicação do reajuste, inclusive levando à necessidade de suplementar o cálculo com estimativa do impacto de mudanças no ROL
- >> Impossibilidade de verificação externa do cálculo (baixa transparência e imprevisibilidade)
- >> Cálculo não é baseado no perfil de risco da carteira individual
- >> Risco de vício estrutural (variações imprevistas - positivas ou negativas - por não se basear na variação de custos médico hospitalares).

### 2. Quais grupos são potencialmente afetados pelo problema?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 2.1 Agências Reguladoras  | <input type="checkbox"/> 2.13 Ministério Público  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2.2 Consumidores e entidades representantes                  | <input type="checkbox"/> 2.14 Conselho Administrativo de Defesa Econômica                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2.3 Operadoras de Planos de Saúde e entidades representantes | <input checked="" type="checkbox"/> 2.15 Ministério da Fazenda (Secretaria de Acompanhamento Econômico) |
| <input type="checkbox"/> 2.4 Administradoras de Planos de Saúde e entidades representantes       | <input type="checkbox"/> 2.16 Ministério da Justiça (Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor)   |
| <input type="checkbox"/> 2.5 Prestadores de Serviços de Saúde e entidades representantes         | <input type="checkbox"/> 2.17 Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão                            |
| <input type="checkbox"/> 2.6 Corretores de Serviços de Saúde                                     | <input type="checkbox"/> 2.18 Ministério da Saúde   |
| <input type="checkbox"/> 2.7 Poder Judiciário  | <input type="checkbox"/> 2.19 Demais Ministérios Setoriais  |
| <input type="checkbox"/> 2.8 Congresso Nacional  | <input type="checkbox"/> 2.20 Presidência da República (Casa Civil/PRO-REG)                             |
| <input type="checkbox"/> 2.9 Banco Central   | <input type="checkbox"/> 2.21 Sociedade mobilizada e cidadãos   |
| <input type="checkbox"/> 2.10 Banco Mundial  | <input type="checkbox"/> 2.22 SUSEP e PREVIC  |
| <input type="checkbox"/> 2.11 BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento                      | <input type="checkbox"/> 2.23 Outros:   |
| <input type="checkbox"/> 2.12 BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social       |   |

### 3. Quais são preliminarmente os custos operacionais e os mecanismos de consulta?

As mudanças avaliadas não implicam em aumento de custos operacionais. Os cálculos do índice serão divulgados periodicamente pelos mesmos veículos de divulgação atualmente utilizados (Diário Oficial, nota à imprensa e publicação no site da ANS).

### 4. Quais são os objetivos a serem alcançados?

Possibilitar a verificação externa do cálculo do índice de reajuste, aumentando a transparência.

Reduzir a defasagem temporal e aumentar a previsibilidade do índice de reajuste.

Basear o cálculo do reajuste no perfil de risco da carteira de contratações individuais.

Reduzir ou impedir o vício estrutural, isto é, variações imprevistas - positivas ou negativas.

Estimular ganhos de eficiência do setor, não permitindo que as operadoras se tornem meras repassadoras de custos.

Estimular ganhos de qualidade na prestação de serviços assistenciais ao beneficiário.

### 5. Quais são as opções existentes para resolver o problema?

(1) Yardstick Competition: Média ponderada dos reajustes dos contratos coletivos com mais de 30 vidas aplicados nos 12 meses anteriores ao cálculo;

(2) Valor Médio da VCMH com expurgo de Fator de Faixa Etária e Fator de Produtividade e acréscimo de Fator de Qualidade, segundo IDSS;

(3) Valor Médio da VCMH com expurgo de Fator de Faixa Etária e Fator de Produtividade;

### 6. Qual das opções elencadas acima é a mais adequada para resolver o problema?

Após avaliação o grupo recomenda:

Implementar a opção (2) Valor Médio da VCMH com expurgo de Fator de Faixa Etária e Fator de Produtividade e acréscimo de Fator de Qualidade (IDSS), a partir de maio de 2018

Entretanto, após apreciação da DICOL em 02/02/18, sendo informado que o IDSS não seria um índice que poderia medir a qualidade das operadoras, de forma a diferenciá-las quanto ao reajuste, opta-se pela opção implementação da opção (3) para a metodologia do reajuste dos planos individuais regulamentados.

[Voltar à apresentação](#)

## Checklist de impactos operacionais

<b>Portaria de iniciativa (n.º e ano):</b>	<b>Diretor:</b>
Portaria DIPRO, Nº 05, de 29 de Abril de 2015	Karla Santa Cruz Coelho
<b>Processo n.º:</b>	<b>Regime de Tramitação:</b>
33910.012414/2017-24	Comum
<b>Data:</b>	<b>Área Responsável:</b>
06/02/2018	DIPRO/GGREG/GEFAP
<b>Assunto:</b>	
Política de Preços (Metodologia de Cálculo de Planos Individuais)	
<b>Equipe Técnica Responsável:</b>	
Daniele Rodrigues, Bruno Cortat, João Matos, Bruno Morestrello, Rodolfo Cunha, Glauco Carreira, Iara Riça, Maurício Santana, Luciana Figueira, Thais Guimarães, Arthur Lamenza, Marcelo	
<b>1. Necessidade de viagens (além da cota prevista):</b>	
1.1 Viagens Internacionais	( )
1.2 Acréscimo importante nas viagens relativas às visitas técnicas/fiscalização	( )
<b>2. Necessidades de capacitação (para incluir no PAC):</b>	
2.1 Cursos internos	( )
2.2 Cursos externos	( )
<b>3. Necessidades de eventos (para divulgação do novo projeto/treinamento)</b>	
<b>4. Necessidade de consultores para estudos:</b>	
4.1 via OPAS	( )
4.2 via contratos/licitação	( )
4.3 via convênio	(x)
<b>5. Necessidade de alterações contratuais:</b>	
<b>Mudanças na Infraestrutura:</b>	
5.1 Locação de imóveis (condomínio/IPTU)	( )
5.2 Serviços de Energia Elétrica	( )
5.3 Obras e reformas (mudança de layout e necessidade de infraestrutura para recepção de novos servidores/colaboradores)	( )
5.4 Serviços de manutenção	( )
<b>Relacionamento e telecomunicação/correio:</b>	
5.5 Central de Relacionamento	(X)
5.6 Serviços de Telefonia (móvel ou fixa)	(X)
5.7 Serviços Postais	( )
<b>Gestão documental e cópias:</b>	
5.8 Serviços de gerenciamento de impressão	( )
5.9 Reprografia	( )
5.10 Gerenciamento e guarda de documentos	( )
<b>Pessoal:</b>	
5.11 Apoio Administrativo	( )
5.12 Coíperagem	( )
5.13 Limpeza e Conservação	( )
5.14 Serviços de Vigilância	( )
<b>Transporte/logística:</b>	
5.15 Serviço de locação de veículos (maior demanda de deslocamentos para fiscalização)	( )
5.16 Serviços de transporte de cargas	( )
<b>Comunicação:</b>	
5.17 Serviços gráficos e editoriais	(X)
5.18 Publicidade Legal	( )
<b>6. Necessidade de maior consumo de materiais de expediente</b>	
<b>7. Necessidade de aquisição de equipamentos de áudio, vídeo e foto</b>	
<b>8. Necessidade de aquisição de mobiliário</b>	
<b>9. Assinatura de periódicos e anuidades</b>	
<b>10. Necessidade de novas coleções e materiais bibliográficos</b>	
<b>11. Tecnologia da Informação:</b>	
11.1 Aquisição de novos equipamentos (desktops e notebooks)	( )
11.2 Desenvolvimento de novo software ou manutenção evolutiva	(X)
11.3 Licenças e compras de software	( )
11.4 Ampliação da conectividade	( )

OBS: Este checklist constitui ferramenta importante para previsibilidade dos impactos internos, diretamente relacionados às atribuições da Diretoria de Gestão.

**Checklist de necessidade de Análise de Impacto Intermediário (perguntas adicionais ao Sumário Executivo)**
[Voltar à apresentação](#)
**Portaria de iniciativa (n.º e ano):**

Portaria DIPRO, Nº 05, de 29 de Abril de 2015

**Diretor:**

Karla Santa Cruz Coelho

**Processo n.º:**

33910.012414/2017-24

**Regime de Tramitação:**

Comum

**Data:**

06/02/2018

**Área Responsável:**

DIPRO/GGREP/GEFAP

**Assunto:**

Política de Preços (Metodologia de Cálculo de Planos Individuais)

**Equipe Técnica Responsável:**

Daniele Rodrigues, Bruno Cortat, João Matos, Bruno Morestrello, Rodolfo Cunha, Glauco Carreira, Iara Riça, Maurício Santana, Luciana Figueira, Thais Guimarães, Arthur Lamenza, Marcelo Gurge

**1. Envolve mais de uma área (necessidade de levantamento de informações e discussões entre áreas distintas):**
 SIM       NÃO

**2. Envolve impactos econômicos:**
 SIM       NÃO

**3. Envolve efeitos desproporcionais sobre regiões ou grupos específicos:**
 SIM       NÃO

**4. Necessita levantamento de informações específicas e/ou pesquisas:**
 SIM       NÃO

**5. Tendência de agravamento da situação a longo prazo:**
 SIM       NÃO

**6. Trata-se de correção de consequências de norma que foi editada sem análise de impacto**
 SIM       NÃO

*OBS: Em caso de resposta positiva para qualquer um dos itens listados acima, a proposta de intervenção regulatória deve ser classificada como indicada para a realização de análise de nível intermediário.*



## Matriz Auxiliar para desenho de cenários

[Voltar à apresentação](#)
**Portaria de iniciativa (n.º e ano):**  
 Portaria DIPRO, Nº 05, de 29 de Abril de 2015

**Diretor:**  
 Karla Santa Cruz Coelho

**Processo n.º:**  
 33910.012414/2017-24

**Regime de Tramitação:**  
 Comum

**Data:**  
 06/02/2018

**Área Responsável:**  
 DIPRO/GGREP/GEFAP

**Assunto:**
**Política de Preços (Metodologia de Cálculo de Planos Individuais)**
**Equipe Técnica Responsável:**

Daniele Rodrigues, Bruno Cortat, João Matos, Bruno Morestrello, Rodolfo Cunha, Glauco Carreira, Iara Riça, Maurício Santana, Luciana Figueira, Thaís Guimarães, Arthur Lamenza, Marcelo Gurgel

I - Análise da Falha de Mercado

II - Análise do problema - origem, magnitude (dados existentes)

III - Atores atingidos pelas falhas e/ou pelas soluções dessas falhas

IV - Soluções já existentes ou propostas

V - Comparação entre propostas

VARIÁVEL	(1) Yardstick Competition	(2) VCMH Trimestral - Fator X + Fator Y	(3) VCMH Trimestral - Fator X
<b>1. Descrição da proposta</b>	Média ponderada dos reajustes dos contratos coletivos >30 vidas aplicados nos 12 meses anteriores ao cálculo do reajuste	Calculado com Variação dos Custos Médico-Hospitalares da carteira individual do setor deduzida do Fator de Faixa Etária e Fator de Produtividade e acréscimo de Fator de Qualidade, segundo escalonamento do IDSS.	Calculado com Variação dos Custos Médico-Hospitalares da carteira individual do setor deduzida do Fator de Faixa Etária e Fator de Produtividade.
<b>2. Facilidades de implementação/vantagens de implementação</b>	Metodologia aplicada desde 2001	Cálculo baseado em dados coletados via DIOPS, e incluído nas notas explicativas das demonstrações financeiras auditadas desde 2013.	Cálculo baseado em dados coletados via DIOPS, e incluído nas notas explicativas das demonstrações financeiras auditadas desde 2013.
<b>3. Dificuldades de implementação - custos administrativos</b>	Metodologia não disposta em Resolução Normativa.	Dificuldade de entendimento dos Fatores X e Y.	Dificuldade de entendimento do Fator X.
<b>4. Monitoramento: descrição dos procedimentos e custos</b>	Monitoramento dos comunicados de Reajuste de Plano Coletivo Monitoramento do envio de comunicados RPC Procedimentos já existentes - sem custo adicional	Monitoramento da dispersão da VCMH de carteiras individuais por operadora Monitoramento do reajuste por faixa etária de toda a carteira de planos individuais. Acompanhamento do fator de produtividade. Monitoramento do IDSS para escalonamento do Fator de Qualidade.	Monitoramento da dispersão da VCMH de carteiras individuais por operadora Monitoramento do reajuste por faixa etária de toda a carteira de planos individuais. Acompanhamento do fator de produtividade.
<b>5. Avaliação - descrição dos procedimentos e custos</b>	avaliação periódica e, caso necessário, correção de eventual vício estrutural a cada 5 anos	avaliação periódica e, caso necessário, correção de eventual vício estrutural a cada 4 anos	avaliação periódica e, caso necessário, correção de eventual vício estrutural a cada 4 anos
<b>6. Enforcement - descrição dos procedimentos e custos</b>	Processo de autorização para aplicação de reajuste individual Representações pelo não envio de RPC ou pelo envio de informações com incorreções e omissões Procedimentos já existentes - sem custo adicional	Processo de autorização para aplicação de reajuste individual Procedimentos já existentes - sem custo adicional	Processo de autorização para aplicação de reajuste individual Procedimentos já existentes - sem custo adicional
<b>7. Impacto distributivo</b>			
<b>8. Impacto para o consumidor</b>	Negativo. Reajuste dos planos individuais influenciados pelo reajuste dos planos coletivos, esses não autorizados pela ANS	Positivo. Reajuste mais fidedigno à variação dos custos médico hospitalares da própria carteira de planos individuais.	Positivo. Reajuste mais fidedigno à variação dos custos médico hospitalares da própria carteira de planos individuais.
<b>9. Impacto para as operadoras</b>	Indiferente.	Mais previsibilidade de acordo com a variação dos custos médico hospitalares. Operadoras com reajustes diferenciados em função do fator de qualidade - ranking IDSS.	Mais previsibilidade de acordo com a variação dos custos médico hospitalares.
<b>10. Impacto para os prestadores</b>	Indiferente.	Indiferente.	Indiferente.

## Ferramenta de AIR Intermediária

[Voltar à apresentação](#)

CRITÉRIOS PARA A ANÁLISE INTERMEDIÁRIA	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3
<b>1. CRITÉRIOS APONTADOS NO VALOR EFICIÊNCIA</b>	<b>65</b>	<b>80</b>	<b>80</b>
<b>1.1 A sustentabilidade econômica das OPS pode ser afetada com a medida? ex: impactos em garantias financeiras, solvência (riscos operacionais), impactos tributários e fiscais?</b>	90	90	90
<b>ALTO IMPACTO:</b> A operadora corre maior probabilidade de se situar nas faixas de alto risco do monitoramento econômico-financeiro (porte e principais indicadores: liquidez corrente; índice combinado; margem de lucro líquido e endividamento de curto prazo).			
<b>MÉDIO IMPACTO:</b> Há impacto financeiro significativo, fazendo com que a operadora tenha de se reorganizar para cumprir o regulamento.			
<b>BAIXO IMPACTO:</b> Nenhum impacto ou impacto pouco significativo nesse quesito	x	x	x
<b>1.2 São identificados impactos que afetariam a precificação? Que tipo de produtos seriam impactados ex: individuais/coletivos, diferentes faixas de preço?</b>	50	50	50
<b>ALTO:</b> Aumento da despesa assistencial (decorrente de ampliação de rede/cobertura ou decorrente do cumprimento das exigências regulatórias) impactando os preços.			
<b>MÉDIO:</b> Aumento das despesas, mas com alguma compensação, de forma que a precificação não seja alterada (incentivos às ações de promoção e prevenção).	x	x	x
<b>BAIXO:</b> Readequação do pacto inter geracional ou qualquer outra medida que possa reduzir os preços para a maior parcela dos beneficiários de um determinado plano, ou não são identificados aspectos que afetariam a precificação.			
<b>1.3 São identificados aspectos que impactariam a seleção adversa das OPS?</b>	50	50	50
<b>ALTO:</b> Necessidade de adequação atuarial que reduza os preços para segmentos da população que tendem a gerar maiores custos para as operadoras de planos de saúde (idosos, mulheres em idade fértil, indivíduos com doenças crônicas)			
<b>MÉDIO:</b> Definição de preço mínimo/adequação atuarial e elevação do ponto de corte para o pool de risco ou qualquer medida que diminua a liberdade de precificação das operadoras	x	x	x
<b>BAIXO:</b> Definição de preço mínimo/adequação atuarial ou presença de qualquer medida que permita às operadoras melhor discriminar risco em relação à situação atual (ex: ampliação da faixa de precificação, de acordo com o risco) ou não são identificados aspectos que impactem a seleção adversa.			
<b>1.4 A medida proposta afeta de forma isonômica os diferentes arranjos de OPS ex: modalidade, verticalização, porte, regionalização?</b>	90	90	90
<b>ALTO:</b> Medida beneficia indiretamente alguma modalidade, ou alguma modalidade ou porte pode ser favorecida quanto à facilidade de implementação.			
<b>MÉDIO:</b> Imposição de alguma regra ou estímulo direcionado a determinado arranjo (ex: regras obrigatórias para quem possui rede própria)			
<b>BAIXO:</b> A medida trata as operadoras de forma específica/diferenciada, de acordo com sua modalidade ou porte.	x	x	x
<b>1.5 A medida proposta pode afetar a demanda por planos no setor?</b>	10	90	90
<b>ALTO:</b> A medida pode levar a situações de aumento ou redução da demanda	x		
<b>MÉDIO:</b> A proposta não afetará a demanda			
<b>BAIXO:</b> A proposta pressupõe um novo equilíbrio, alterando a demanda, com contrapartida de oferta.		x	x
<b>1.6 Os prestadores de serviços de saúde podem ser afetados: positivamente/negativamente?</b>	90	90	90
<b>ALTO:</b> Aumento dos custos para os prestadores sem nenhuma contrapartida (ex: regulação direta e restritora, redução de demanda; critérios de remuneração diferenciada).			
<b>MÉDIO:</b> Aumento dos custos para os prestadores com alguma contrapartida (ex: regulação direta e restritora, redução de demanda; critérios de remuneração diferenciada - (pressupõe melhoria da qualidade) ou sem efeitos			
<b>BAIXO:</b> Efeitos indiretos ou efeitos positivos	x	x	x
<b>1.7 O modelo de negócio pode ser afetado pela medida?</b>	90	90	90
<b>ALTO:</b> Programas de Qualidade/medidas administrativas que impliquem reorganização das operadoras (ou de parte considerável delas) para atender as exigências do regulamento			
<b>MÉDIO:</b> Presença de quaisquer medidas que possam tornar necessário que algumas operadoras reorganizem seu negócio (ex: pool de risco/medidas de alteração nas variáveis de monitoramento de risco econômico-financeiro)			
<b>BAIXO:</b> Presença de qualquer outra medida que incentive uma determinada organização administrativa ou modelo de negócio sem obrigar sua adoção (ex: medida que incentive o investimento em rede)ou não afeta.	x	x	x
<b>1.8 Existe potencial para modificar os aspectos concorrenciais?</b>	50	90	90
<b>ALTO:</b> Diminuição da concorrência. Aumento de exigências assistenciais e econômico-financeiras			
<b>MÉDIO:</b> Não altera a concorrência (ex: monitoramento dos mercados relevantes)	x		
<b>BAIXO:</b> Aumento da concorrência (ex: pode reduzir barreiras à entrada)		x	x

## ANEXO III

	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3
<b>2. CRITÉRIOS APONTADOS NO VALOR EFETIVIDADE</b>	<b>77</b>	<b>90</b>	<b>90</b>
<b>2.1 A medida proposta prevê algum tipo de aferição da sua efetividade:</b>	90	90	90
<b>ALTO:</b> Não há medida ou referência para a proposta			
<b>BAIXO:</b> Há um indicador e/ou meta para a proposta	x	x	x
<b>2.2 A medida proposta pode gerar impactos na qualidade de vida dos beneficiários:</b>	50	90	90
Impacto na percepção do Estado Geral de Saúde;			
Impacto no diagnóstico e tratamento;			
Impacto na identificação e manejo da capacidade funcional/Impacto na percepção de segurança na atenção à saúde;			
Impacto nos aspectos sociais, emocionais e de saúde mental;			
Impacto na satisfação com os serviços de saúde (Qualificação/Acreditação),		x	x
Mudanças no perfil de morbi-mortalidade			
Impacto direto na qualidade da assistência prestada (QUALISS/desempenho prestadores/remuneração com base em parâmetros de qualidade)		x	
Impacto na melhoria das práticas de gestão das operadoras (governança corporativa; gestão de riscos) ou impacto na diluição de risco das operadoras (alinhamento de critérios assistências e econômico-financeiros)	x	x	
Impacto na relação com beneficiários (transparência/atendimento)		x	x
Impactos na gestão assistencial/ linhas de cuidado	x	x	x
Impacto na redução de consultas/exames/internações			
total	2	5	3
<b>ALTO:</b> Nenhum dos elementos está presente	FALSO	FALSO	FALSO
<b>MÉDIO:</b> Presença de um a dois elementos	x	FALSO	FALSO
<b>BAIXO:</b> Presença de três ou mais elementos ou mudanças no perfil de morbi-mortalidade (longo prazo)	FALSO	x	x
<b>2.3 É possível realizar o acompanhamento de informações que apontem os resultados da implementação da proposta?</b>	90	90	90
<b>ALTO:</b> Não há previsão			
<b>BAIXO:</b> Há previsão de divulgação e periodicidade na proposta	x	x	x
	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3
<b>3. CRITÉRIOS APONTADOS NO VALOR EQUIDADE</b>	<b>57</b>	<b>63</b>	<b>57</b>
<b>3.1 A medida proposta pode impactar o acesso dos beneficiários de planos de saúde aos serviços de atenção à saúde?</b>	90	90	90
<b>ALTO:</b> Limita ou restringe o acesso			
<b>MÉDIO:</b> Restringe o acesso, mas de forma positiva, tornando-o organizado ( ex: acesso organizado ao PROMO-PREV)			
<b>BAIXO:</b> Garante ou amplia o acesso/não impacta	x	x	x
<b>3.2 A medida proposta pode impactar a qualidade dos serviços de atenção à saúde prestados aos beneficiários em curto prazo?</b>	50	90	50
<b>ALTO:</b> Pode comprometer a qualidade (segurança do paciente, acessibilidade, conforto)			
<b>MÉDIO:</b> Não altera os aspectos da qualidade	x		x
<b>BAIXO:</b> Pode melhorar a qualidade dos serviços prestados		x	
<b>3.3 A medida proposta pode gerar, por parte da operadora, a adoção de mecanismos de regulação?</b>	50	50	50
<b>ALTO:</b> Estimula a adoção de meios ou recursos técnicos, administrativos ou financeiros para o gerenciamento da prestação de serviços, limitando o acesso.			
<b>MÉDIO:</b> Pode estimular a adoção, mas sem limitar o acesso.	x	x	x
<b>BAIXO:</b> Não estimula a adoção			
<b>3.4 A medida proposta pode induzir à alteração da relação Operadoras/Prestadores?</b>	50	50	50
<b>ALTO:</b> Pode deteriorar o relacionamento (afetar a resolutividade dos conflitos ou interferir na transparência da relação)			
<b>MÉDIO:</b> Não afeta/interfere na relação entre as partes citadas	x	x	x
<b>BAIXO:</b> Pode melhorar o relacionamento, melhorar a transparência.			
<b>3.5 A medida proposta pode induzir à alteração da relação Operadoras/Beneficiários?</b>	50	50	50
<b>ALTO:</b> Pode deteriorar o relacionamento (afetar a resolutividade dos conflitos ou interferir na transparência da relação)			
<b>MÉDIO:</b> Não afeta/interfere na relação entre as partes citadas	x	x	x
<b>BAIXO:</b> Pode melhorar o relacionamento, melhorar a confiança			
<b>3.6 A medida proposta pode induzir à alteração da relação Prestadores/Beneficiários?</b>	50	50	50
<b>ALTO:</b> Pode deteriorar o relacionamento (afetar a resolutividade dos conflitos ou interferir na transparência da relação)			
<b>MÉDIO:</b> Não afeta/interfere na relação entre as partes citadas	x	x	x
<b>BAIXO:</b> Pode melhorar o relacionamento, melhorar a confiança.			

## ANEXO III

	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3
<b>4. CRITÉRIOS APONTADOS NO VALOR TRANSPARÊNCIA</b>	<b>67</b>	<b>84</b>	<b>84</b>
<b>4.1 A participação social está garantida na elaboração da proposta regulatória?</b>	10	90	90
<b>ALTO:</b> Somente no final do processo e de forma restrita (por uso de aplicativos, com possibilidade de contribuição limitada – apenas em itens previamente definidos).	x		
<b>MÉDIO:</b> De forma pontual/dirigida			
<b>BAIXO:</b> Durante todo o processo e com formas inovadoras de participação (customização das formas, de acordo com os públicos: grupos temáticos, comitês, câmaras técnicas)		x	x
<b>4.2 A medida proposta está escrita de maneira clara para o público alvo?</b>	90	50	50
<b>ALTO:</b> Existência de termos técnico-específicos sem definições/glossário e de forma não organizada e não clara de apresentação			
<b>MÉDIO:</b> Quando apenas um dos quesitos estiver presente (termos incompreensíveis ou forma não organizada de apresentação)		x	x
<b>BAIXO:</b> Ausência de termos técnicos ou existência de termos técnicos com suas definições/glossário e de forma clara e organizada de apresentação	x		
<b>4.3 Os prazos estão descritos de maneira explícita?</b>	90	90	90
<b>ALTO:</b> Não			
<b>MÉDIO:</b> Somente o prazo da vigência está descrito			
<b>BAIXO:</b> Sim (vigência, no caso de normativos; prazos das etapas dos processos envolvidos, preferencialmente em INs; prazos para acompanhamento da implementação; prazo para revisão da norma/proposta; pactuação dos prazos)	x	x	x
<b>4.4 A medida proposta contribui para a melhoria da qualidade da informação prestada à ANS?</b>	90	90	90
<b>ALTO:</b> Não, pode piorar a qualidade da informação prestada à ANS – pode dificultar o envio das informações, tendo reflexos em sua qualidade (maior número de campos a serem preenchidos/regularidade ou forma de envio)			
<b>MÉDIO:</b> Não há nenhuma relação com informações prestadas à ANS – não interfere no envio de informações à ANS			
<b>BAIXO:</b> Sim, promove o aprimoramento dos dados enviados ou facilita as análises por parte da ANS.	x	x	x
<b>4.5 A medida proposta contribui para a diminuição da assimetria de informação no setor?</b>	50	90	90
<b>ALTO:</b> Não, <b>não acrescenta</b> informações necessárias /relevantes/importantes para o setor, ou <b>não esclarece</b> /facilita/melhora a compreensão do setor.			
<b>MÉDIO:</b> As informações veiculadas são relevantes, mas estão dispersas ou não estão organizadas de forma clara.	x		
<b>BAIXO:</b> Sim, <b>acrescenta</b> informações necessárias/relevantes/importantes ou sim, <b>esclarece</b> /facilita/melhora a compreensão do setor		x	x
<b>4.6 A medida proposta contribui para a melhoria da tempestividade e qualidade da informação prestada aos beneficiários?</b>	50	90	90
<b>ALTO:</b> Pode piorar a qualidade da informação prestada aos beneficiários – a informação é tardia e não agrega valor ao beneficiário (empoderamento/escolhas/utilidade)			
<b>MÉDIO:</b> Não há nenhuma relação com informações prestadas aos beneficiários – apenas um dos quesitos é satisfeito (tempestividade ou utilidade)	x		
<b>BAIXO:</b> Sim, promove a melhoria da qualidade da informação prestada aos beneficiários – a informação é tempestiva e agrega valor ao beneficiário.		x	x
<b>4.7 A medida está conforme as demais regulamentações anteriormente produzidas?</b>	90	90	90
<b>ALTO:</b> Pode estar contrária a alguma Lei ou Normativo (Ex: Código de Defesa do Consumidor, Estatuto do Idoso, Leis 9656 e 9961)			
<b>MÉDIO:</b> Não é claramente contrária às Leis, mas pode dar margem a interpretações dúbias			
<b>BAIXO:</b> Não contraria nenhuma Lei ou Normativo	x	x	x

## ANEXO III

	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3
<b>5. CRITÉRIOS APONTADOS NOS VALORES RAZOABILIDADE</b>	<b>63</b>	<b>83</b>	<b>83</b>
<b>5.1 A medida proposta demanda aumento de despesas com infraestrutura – espaço físico, mobiliário, novos equipamentos, necessidade de novos investimentos por parte da ANS?</b>	90	90	90
<b>ALTO:</b> Projetos que causem aumento de despesas com infraestrutura e logística superando o orçamento.			
<b>MÉDIO:</b> Projetos que causem aumento das despesas com infraestrutura, sem comprometimento orçamentário.			
<b>BAIXO:</b> Projetos com baixo ou nenhum impacto direto nas despesas com infraestrutura.	x	x	x
<b>5.2 A medida proposta demanda despesas com pessoal; passagens e diárias; eventos; capacitação; nova contratação de consultoria/empresa de pesquisa ou alteração no TR relativo à contratação, especialmente da Central de Relacionamento da ANS?</b>	50	90	90
<b>ALTO:</b> Projetos que causem incremento de despesa, superando o orçamento no exercício.			
<b>MÉDIO:</b> Projetos não previstos, mas que não ultrapassam o orçamento.	x		
<b>BAIXO:</b> Projetos previstos e que estejam dentro do orçamento.		x	x
<b>5.3 A medida proposta demanda o desenvolvimento ou manutenção evolutiva de novos sistemas de informação?</b>	10	90	90
<b>ALTO:</b> Projetos que envolvam o desenvolvimento de novos sistemas e/ou adaptação de sistemas já existentes.	x		
<b>MÉDIO:</b> Projetos que envolvam correções pontuais ou ajustes de sistemas internos, já desenvolvidos.			
<b>BAIXO:</b> Projetos que não envolvam o desenvolvimento de novos sistemas.		x	x
<b>5.4 A medida proposta demanda o desenvolvimento de um novo serviço; criação de um novo processo de trabalho/aumento no volume dos processos de trabalho, alterações nos processos de trabalho, especialmente os processos de monitoramento, intermediação e fiscalização?</b>	50	90	90
<b>ALTO:</b> Projetos que envolvam o desenvolvimento de um novo serviço, criação de um novo processo de trabalho/aumento no volume dos processos de trabalho e/ou alterações nos processos de trabalho sem benefício identificável para a instituição ou a redução de custos com tais medidas. Projetos que envolvam aumento de custos de forma permanente também podem ser avaliados como de alto risco.			
<b>MÉDIO:</b> Projetos que envolvam aumento de custo no curto prazo, com redução posterior no longo prazo.	x		
<b>BAIXO:</b> Projetos com baixo custo e benefícios identificáveis.		x	x
<b>5.5 A medida proposta demanda capacitação da equipe e treinamento ofertado às operadoras; estratégia de comunicação?</b>	90	50	50
<b>ALTO:</b> Aumento significativo da demanda por capacitação ou de gastos necessários à estratégia de comunicação, ultrapassando o orçamento previsto.			
<b>MÉDIO:</b> Aumento da demanda de capacitação e treinamento, bem como de comunicação, sem comprometimento orçamentário.		x	x
<b>BAIXO:</b> Custos baixos e previstos em orçamento.	x		
<b>5.6 A medida proposta pode influenciar os custos das medidas administrativas: suspensões, portabilidade e regimes especiais?</b>	90	90	90
<b>ALTO:</b> A medida proposta aumenta os custos das medidas administrativas, acarretando aumento das suspensões, portabilidade e regimes especiais, ultrapassando os limites orçamentários.			
<b>MÉDIO:</b> A proposta aumenta os custos, porém sem ultrapassar limites orçamentários.			
<b>BAIXO:</b> A proposta não acarreta impactos indiretos aos custos de despesas administrativas.	x	x	x
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>329</b>	<b>401</b>	<b>394</b>
<b>MÉDIA GERAL</b>	<b>66</b>	<b>80</b>	<b>79</b>
<b>% DA PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>73,07%</b>	<b>89,10%</b>	<b>87,62%</b>
<b>ORDEM PARA SELEÇÃO GERAL DAS ALTERNATIVAS (CRESCENTE)</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

## Resumo AIR Intermediário

[Voltar à apresentação](#)

CRITÉRIOS PARA A ANÁLISE INTERMEDIÁRIA	PONTUAÇÃO GERAL			ORDEM PARA SELEÇÃO POR VALORES (CRESCENTE)			CRITÉRIOS PARA A ANÁLISE
	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3	
1. EFICIÊNCIA	65	80	80	3	1	1	1. EFICIÊNCIA
2. EFETIVIDADE	77	90	90	3	1	1	2. EFETIVIDADE
3. EQUIDADE	57	63	57	2	1	2	3. EQUIDADE
4. TRANSPARÊNCIA	67	84	84	3	1	1	4. TRANSPARÊNCIA
5. RAZOABILIDADE	63	83	83	3	1	1	5. RAZOABILIDADE
TOTAL GERAL	329	401	394				
MÉDIA GERAL	66	80	79				
% DA PONTUAÇÃO MÁXIMA	73,07%	89,10%	87,62%				
ORDEM PARA SELEÇÃO GERAL DAS ALTERNATIVAS (CRESCENTE)	3	1	2				

## Lista de Itens/perguntas adicionais que acompanham o projeto normativo

[Voltar à apresentação](#)**1. Existe norma (interna ou externa) relacionada ao tema?** SIM  NÃO**Em caso positivo, qual?**

RN 171 - Estabelece critérios para aplicação de reajuste e que a ANS determinará o índice máximo a ser aplicado a planos individuais. RN 309 - Reajuste por pool de risco.

**2. Tópicos coincidentes:** EM CONFLITO  EM ACORDO**Justifique a sua resposta:**

A metodologia de reajuste individual não está disposta de normativo e precisa ser regulamentada. A metodologia é apenas detalhada em Nota Técnica da Gerência.

**3. Menção explícita a normas anteriores:** SIM  NÃO**Justifique a sua resposta:**

A metodologia de reajuste individual não está disposta de normativo e precisa ser regulamentada. A metodologia é apenas detalhada em Nota Técnica da Gerência.

**4. Acessibilidade dos normativos:** ADEQUADA  INADEQUADA**Justifique a sua resposta:****5. Organização dos normativos:** ADEQUADA  INADEQUADA**Justifique a sua resposta:****6. Palavras-Chave que sintetizam a norma:** SIM  NÃO**Quais?**

Metodologia de Reajuste de Planos Individuais

**7. Prazos e/ou obrigações legais da norma explícitos adequadamente:** SIM  NÃO**Justifique a sua resposta:**