

PROCESSO Nº: 33910.012414/2017-24

NOTA TÉCNICA Nº 2010/2017/GEFAP/GGREG/DIRAD-DIPRO/DIPRO

INTERESSADO:

GERÊNCIA ECONÔMICO-FINANCEIRO E ATUARIAL DOS PRODUTOS

Assunto: _____

Senhora Gerente,

Trata-se de análise técnica referente ao conjunto de possibilidades que envolvem o tema da Revisão da Política de Reajustes Individuais. Convém ressaltar que as proposições aqui contidas integram um conjunto de medidas propostas no PROCESSO Nº: 33910.012414/2017-24, cuja base é a NOTA TÉCNICA Nº 2011/2017/GEFAP/GGREG/DIRAD-DIPRO/DIPRO e, portanto, sua adoção não deve ocorrer de modo dissociado dessas medidas propostas.

FUNDAMENTAÇÃO DA EDIÇÃO DO ATO NORMATIVO

I – Histórico

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).

Em junho de 2000, a Agência, pela primeira vez, publicou norma estabelecendo índice máximo de reajuste para os planos individuais/familiares (RDC 29/2000), baseado na variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). 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, um programa de valorização da consulta médica em 2002^[1] e a incorporação de fatores exógenos a partir de 2008, essa metodologia é utilizada.

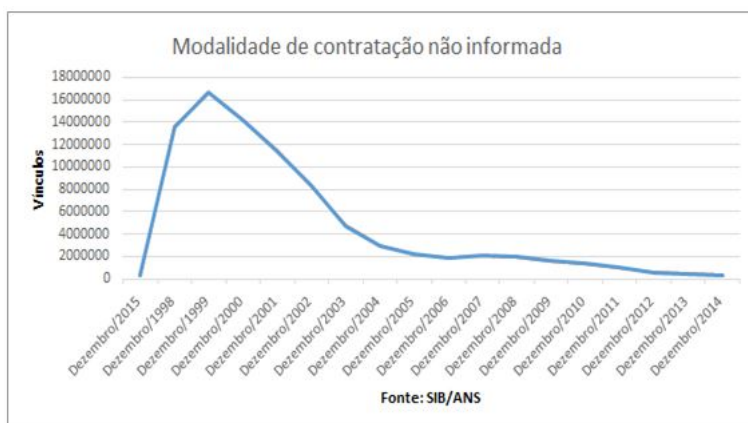
A *Yardstick Competition* foi proposta por Andrei Schleifer, em 1985, em artigo intitulado “*A Theory of Yardstick Competition*”, publicado no *Rand Journal of Economics* (vol. 16, no 3, outono de 1985). Seu princípio é de que o regulador estabeleça um parâmetro ou referência, que não seja o desempenho 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. 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, diferentemente dos demais métodos utilizados para definição de preços máximos, que não podem ser calculados sem volume considerável de informações do mercado, como custos, demanda e produtividade.

A aplicação na saúde suplementar da *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 – no setor. 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.

Enquanto no mercado de planos individuais/familiares os reajustes devem ser limitados ao índice calculado pela ANS, no mercado de planos coletivos, são livres, mas devem ser comunicados à Agência e são por ela monitorados. Na aplicação desenvolvida pela ANS, a média ponderada pelo número de beneficiários dos comunicados de reajuste em planos coletivos com mais de trinta vidas, cujos aniversários^[2] ocorrerem entre março do ano anterior ao estabelecimento do índice de reajuste de planos individuais da ANS e fevereiro do ano em que é calculado o índice, é utilizada como parâmetro para o estabelecimento de limite máximo ao reajuste dos planos individuais/familiares. 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.

Relativamente aos resultados da política vigente, cabe uma avaliação se tal política teria causado desequilíbrios estruturais ao longo dos anos. Na hipótese de ocorrência sistemática de reajustes acima do aumento das despesas assistenciais, representadas pela Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH) seria crível a existência de um viés em favor das operadoras. Noutra vertente, a hipótese de ocorrência de reajustes sistematicamente inferiores à VCMH configuraria um viés da política de reajustes em prol dos beneficiários.

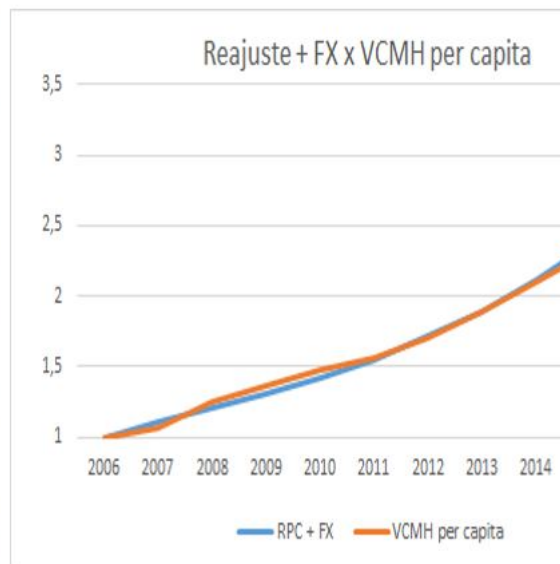
A fim de verificar o equilíbrio da política de reajustes de planos individuais, foram avaliados os impactos dos reajustes autorizados vis-à-vis a evolução de VCMH desde o ano de 2005. Ressalte-se, desde já, que a escolha deste ano base se deve à melhoria das bases de dados da ANS, especialmente no que diz respeito à vinculação entre beneficiários (vínculos) e modalidade de contratação, conforme figura a seguir.



O cômputo dos reajustes individuais gerais acumulados foi obtido pela junção dos reajustes por variação de faixa etária do beneficiário, ocorrido cada vez que o beneficiário atinge uma idade que represente o início de uma nova faixa etária conforme estipulado em seu contrato com os reajustes financeiros anuais, fundamentados nas variações dos custos médico-hospitalares e limitados à periodicidade mínima de 12 meses. A variação média dos reajustes por variação de faixa etária foi obtida a partir de hipóteses gerais sobre o comportamento da pirâmide etária dos beneficiários de planos individuais face a um comportamento previsto de mudança de faixa etária ao longo dos anos. Merece destaque que dois trabalhos de diferentes origens e abordagens apontaram para um patamar médio anual de 2,40% ao ano[3].

O cálculo da VCMH acumulada foi obtido pela variação da VCMH total (planos individuais e planos coletivos) até o ano de 2010, quando se iniciou a segregação dessas despesas na modalidade individual e coletiva, possibilitando avaliar especificamente o universo dos planos individuais e para tanto foi calculada a mediana da VCMH no período de 2010 a 2016. Ressalte-se que as variações levaram em consideração as variações do número de vínculos da modalidade de contratação individual de um ano para o outro.

Ano	RPC + FX	VCMH per capita	Diferença
2005	1	1	1
2006	1,11514249	1,066210604	1,045893265
2007	1,207797628	1,246888893	0,968648958
2008	1,304687975	1,365556578	0,955425791
2009	1,426474785	1,484105674	0,961167934
2010	1,555057536	1,562376252	0,995315651
2011	1,714497928	1,711583184	1,001702952
2012	1,895053642	1,895407218	0,999813456
2013	2,116228357	2,100111198	1,007674431
2014	2,376367103	2,318522762	1,024948791
2015	2,763395438	2,654244858	1,041123026
2016	3,214023355	3,016073906	1,065631498
Soma	20,68872624	20,42108113	1,013106314
			1,31%



A comparação entre as variações acumuladas da VCMH e dos reajustes individuais (reajuste financeiro anual baseado no RPC + reajuste médio por faixa etária) da figura anterior permite inferir a não existência de desequilíbrios estruturais decorrentes da atual política de reajustes, vista a imaterialidade do desvio verificado de 1,31%, especialmente quando se considera o conjunto de hipóteses adotadas, sancionado a ideia de equilíbrio promovido por esta política.

II – Oportunidades de Desenvolvimento Identificadas

Não obstante a justeza da política de reajustes desta Agência durante quinze anos de aplicação da metodologia, a teoria econômica da regulação evoluiu, 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.

Em 2010, promoveu-se Câmara Técnica com o fim de discutir a sistemática de reajuste dos planos individuais/familiares e a possibilidade de construção de um novo modelo de reajuste para esses planos. 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. Buscava-se 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, que captasse eventuais variações geradas por eventos exógenos nos custos e estimulasse a competição.

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 aplicação de qualquer outro modelo 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. Os índices de preços externos não são adequados porque não medem a variação de frequência da utilização dos procedimentos, que é um dos componentes da variação dos custos das operadoras. Identificaram-se as etapas necessárias para a continuidade dos estudos.

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).

Uma das críticas mais comuns à atual política de reajuste, proveniente dos mais variados setores da sociedade, é a sua **limitada transparência** em seu processo de apuração. Convém destacar que isto se verifica em função da extensa base de reajustes de contratos comunicados e, em especial, pela necessidade de o órgão regulador assegurar o sigilo sobre as cláusulas de reajustes praticadas entre as operadoras e as empresas contratantes. Associadamente à questão da transparência, há também a necessidade de se evoluir nos mecanismos de **auditoria das bases de dados** que servem de base para o cálculo do reajuste.

Afora a origem do índice que venha a parametrizar o reajuste, uma questão a ser enfrentada é o **descompasso temporal** entre o período de aplicação do índice e sua apuração (até 36 meses de defasagem). É sabido que mudanças bruscas na tendência do parâmetro a ser aplicado (VCMH, *yardstick*, etc.) possam criar situações nas quais o índice de reajuste apurado se posicione muito acima ou abaixo do ritmo atual do parâmetro.

Outro ponto a ser enfrentado é a necessidade de assegurar ao beneficiário algum ganho decorrente da busca pela produtividade por parte das operadoras. No modelo do *Yardstick Competition* essa **transferência de ganhos** é assegurada pela absorção dos efeitos da dinâmica competitiva do mercado coletivo no mercado individual, ao passo que a aplicação “*tout court*” poderia implicar em repasse automático de eventuais ineficiências.

Por fim, uma questão que se coloca é quanto à necessidade de manutenção de um **índice único**, sem diferenciações por desempenho ou qualidade (por exemplo) para o conjunto de operadoras. Ressalte-se que no campo da regulação de reajustes entre prestadores e operadoras, a ANS por intermédio da RN Nº 364, de 11 de dezembro de 2014, art. 7º, introduziu um fator de qualidade na composição do índice de reajuste. Esta medida contribuiu para um incremento na busca por atributos de qualidade por parte dos prestadores (<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/qualidade-de-hospitais-clinicas-laboratorios-e-profissionais-de-saude>).

III – Diretrizes para a Revisão da Política de Reajustes Individuais

De acordo com as diretrizes do conjunto de medidas propostas no PROCESSO Nº: 33910.012414/2017-24, cuja base é o item 6.2 da NOTA TÉCNICA Nº 2005/2017/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, busca-se contemplar as seguintes diretrizes:

III.1 – 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, está incluída 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 Nº 63 DE, 22 DE DEZEMBRO DE 2003. Recomenda-se, neste sentido, uma discussão apartada sobre o qual o índice que melhor possa refletir a variação média dos reajustes provenientes de faixas etárias. Sugere-se a adoção do parâmetro anual de 2,40%^[3] como variação média dos reajustes por variação de faixa etária até que metodologia mais precisa seja desenvolvida a fim de informar anualmente esta variação.

III.2 – 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.

III.3 – Diretriz da transferência de ganhos aos beneficiários

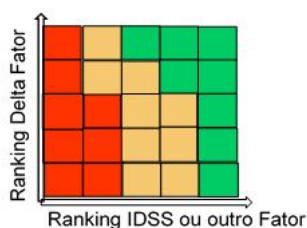
Como visto, a aplicação pura e simples da VCMH poderia implicar em repasse automático de eventuais ineficiências do setor. Deste modo, um dos mecanismos de mitigação desses efeitos indesejados é a adoção de mecanismos de ajuste previstos na metodologia do *price cap*^[4].

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.

Recomenda-se, neste sentido, uma discussão apartada sobre o qual o índice (Fator X) que melhor possa refletir a variação da produtividade no setor a fim de que possa se constituir no mecanismo de repasse de ganhos aos beneficiários.

III.4 – Diretriz da transferência de ganhos aos beneficiários

Por fim, recomenda-se uma 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.



IV - ATO PROPOSTO

Com vistas à construção deste normativo, recomenda-se:

- Apurar e divulgar o cálculo da VCMH per capita de planos individuais, conferindo maior transparência ao processo;
- Definição no âmbito da ANS dos critérios de aplicação da VCMH ao reajuste de planos individuais. Nesta esfera estarão contemplados os tratamentos da base quanto à seleção da amostra, exclusão de *outliers* e definição de medida de tendência central a ser utilizada;
- Definição no âmbito da ANS dos critérios atinentes ao cálculo e emprego do Fator X;

- Definição no âmbito da ANS dos critérios atinentes ao cálculo e emprego do Fator Y.

Por fim, propõe-se edição de nova Resolução Normativa, em alteração à RN nº 171/08, em conjunto com as demais medidas propostas pelo PROCESSO Nº: 33910.012414/2017-24 e NOTA TÉCNICA Nº 2005/2017/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO.

À consideração superior.

[1] Possibilitava incremento de 1,7 p.p. no índice das operadoras que reajustassem honorários médicos acima de 20%.

[2] Considera-se aniversário, o dia e o mês em que o plano foi contratado.

[3] Ver: Ipiranga, Matos e Miranda: “Estimate of impacts due to the change of age in individual health insurance”, ECHE-Helsink, Julho de 2010.

ANDRADE et al. em Estrutura de Concorrência no Setor de operadoras de Planos de Saúde no Brasil, publicado pela OPAS/ANS em 2015 - Documento técnico contendo a avaliação da metodologia e dos resultados do “Price Cap” desenvolvidos em estudos da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, que visam estabelecer novos critérios de reajustes dos planos individuais regulamentados, contendo ainda parecer sobre a reprodutibilidade do modelo na saúde suplementar, pg. 38.

[4] A respeito da metodologia do price e sua aplicabilidade ao índice de reajuste da ANS, consultar A Nota 1241/2014/GGEFP/DIPRO, integrante do PROCESSO Nº: 33910.012414/2017-24, a qual descreve a proposta do índice de reajuste como:

$$RKt = It - Xt + Qtk$$

Onde:

RKt = reajuste anual da operadora k.

It = indicador setorial de variação de preços para todas as operadoras com planos individuais no ano t.

Xt = índice de produtividade do setor no período t

Qtk = índice de variação da qualidade da operadora k no período t.

Nesta formulação o fator de reajuste dos prêmios individuais é definido como um fator composto por três índices de variação: o índice setorial, o índice de produtividade e o índice de qualidade. O índice setorial mensura a variação média observada dos custos nas carteiras de beneficiários dos planos individuais. O segundo componente é definido pelo índice de produtividade do setor, estimado a partir de um grupo representativo de operadoras que ofertam planos individuais coletivos. O índice de produtividade contribui negativamente para a composição do fator de reajuste e dessa forma o ganho de produtividade é repassado parcialmente ou totalmente para os consumidores. A despeito do índice de produtividade setorial contribuir negativamente para o cômputo do fator de reajuste, do ponto de vista da operadora este gera incentivos para esta aumentar sua eficiência relativa. As operadoras mais eficientes têm um ganho uma vez que o repasse da eficiência para os consumidores é calculado através da média do setor. O terceiro componente é definido como um índice de variação da qualidade da operadora. Nesse caso a qualidade é mensurada para cada operadora e não para a média do setor. Este componente contribui positivamente no cômputo do fator de reajuste, resultando em incentivos para a operadora em aumentar a qualidade dos serviços ofertados.



Documento assinado eletronicamente por **DANIELE RODRIGUES CAMPOS**, Gerente Econômico-Financeiro e Atuarial dos Produtos, em 29/09/2017, às 15:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **JOAO BOAVENTURA BRANCO DE MATOS**, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar, em 29/09/2017, às 15:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **BRUNO CORTAT DE CARVALHO**, Coordenador(a) de Acompanhamento do Financiamento dos Produtos, em 29/09/2017, às 16:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **MAURICIO CORREIA SANTANA**, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar, em 29/09/2017, às 17:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **GLAUCO CARREIRA**, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar, em 29/09/2017, às 18:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **IARA MARIA MACIEL RICA**, Analista Administrativo, em 02/10/2017, às 11:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **RODOLFO NOGUEIRA DA CUNHA**, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar, em 02/10/2017, às 11:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **RAFAEL PEDREIRA VINHAS**, Gerente-Geral de Regulação da Estrutura dos Produtos, em 27/10/2017, às 14:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **3682611** e o código CRC **0852BA8E**.

