

# **Relatório de Análise de Impacto Regulatório Complementar**

**Proposta de metodologia de reajuste dos planos individuais novos a partir das contribuições da Audiência Pública nº10/2018, realizada entre 24/07/2018 e 25/07/2018**

**Outubro de 2018**

**Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos**

**Gerência-Geral Regulatória da Estrutura dos Produtos**

Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	3
<b>1.1</b>	<b>Contribuições da Audiência Pública nº 10/2018</b> .....	3
<b>1.2</b>	<b>Análise das Contribuições da Audiência Pública nº 10/2018</b> .....	5
<b>2</b>	<b>ANÁLISE DE ALTERNATIVAS</b> .....	8
<b>2.1</b>	<b>Reajuste Individualizado</b> .....	8
<b>2.2</b>	<b>Modelo <i>Value Cap</i> Ponderado</b> .....	9
<b>3</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	13

# 1 INTRODUÇÃO

Nos dias 24 e 25 de julho de 2018, a ANS realizou a Audiência Pública nº 10 sobre *Reajuste dos Planos de Saúde*. Durante esta audiência, a Agência apresentou sua proposta de alteração da metodologia de cálculo para o reajuste anual dos planos individuais novos, cujo conteúdo é objeto do Relatório de Análise de Impacto Regulatório (AIR) de março/2018, que compõe o processo 33910.012414/2017-24 - *Política de Preços e Reajustes dos Planos de Saúde*.

Naquela ocasião, diversas entidades representativas do mercado regulado, dos beneficiários e da sociedade civil em geral puderam apresentar suas críticas e sugestões ao modelo proposto pela ANS.

O presente documento objetiva complementar o AIR de março/2018, incorporando as contribuições colhidas durante a Audiência Pública e apresentado, assim, uma versão aperfeiçoada à metodologia de cálculo de reajuste dos planos individuais novos.

## 1.1 Contribuições da Audiência Pública nº 10/2018

A Audiência Pública nº 10/2018 tinha um escopo amplo abrangido pela *Política de Preços e Reajustes dos Planos de Saúde*. Esta política abarca os seguintes tópicos:

- 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.

Neste documento trataremos exclusivamente daqueles referentes à metodologia de reajuste dos planos individuais<sup>1</sup>.

As contribuições sobre a metodologia de reajuste dos planos individuais podem ser divididas entre aquelas que propõem uma nova metodologia por completo – na prática, constituem-se como uma proposta de individualização dos reajustes por operadora – e aquelas que acolhem o modelo proposto pela ANS, mas sobre ele fazem considerações metodológicas de diferentes ordens.

A seguir, descreve-se simplificada e o teor dessas contribuições.

---

<sup>1</sup> Todas as contribuições recebidas durante a Audiência Pública nº 10/2018 estão disponíveis no endereço eletrônico <<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/audiencias-publicas/audiencia-publica-10>>



- **Proposta por nova metodologia – Reajustes Individualizados**

A proposta trazida para a Audiência guarda semelhança ao modelo de regulação dos reajustes que foi criado após a reforma da saúde nos EUA, em 2010. Naquele país, os reguladores utilizam valores-piso para a sinistralidade como referência para um mínimo que deve ser gasto com assistência à saúde em proporção aos prêmios e requer que as operadoras justifiquem os reajustes anuais que ultrapassem certo patamar estabelecido pelo regulador.

Aplicando-se este modelo, cada operadora praticaria seu próprio reajuste e a ANS (ou outra entidade externa) apenas estabeleceria um patamar a partir do qual as operadoras que solicitassem reajustes mais elevados teriam seus dados auditados a fim de justificarem a real necessidade do reajuste nos níveis demandados.

- **Críticas e sugestões sobre o modelo *Value Cap* apresentado pela ANS**

1. Cálculo por instituição independente/transparência – ainda que nenhuma instituição tenha sido citada explicitamente para executar este papel, nesta proposta está implícita a necessidade de que o cálculo do reajuste se dê por um processo transparente, auditável (com utilização de dados públicos) e realizado por uma instituição isenta. O eventual papel de uma instituição externa envolveria o cálculo da *Varição das Despesas Assistenciais (VDA)*, do fator produtividade e demais elementos constantes na fórmula de cálculo do reajuste.
2. Ponderações do cálculo da VDA – aqui entram sugestões de que o cálculo da VDA dos planos individuais seja separado por porte e modalidade da operadora e padrão de plano, que incluiriam características como tipo de acomodação, abrangência geográfica, segmentação assistencial e até a presença ou não de fator moderador. A lógica do argumento é que existiriam diferenças sistemáticas na VDA entre estas dimensões (porte, modalidade e padrão de plano) e que possíveis migrações de beneficiários entre as categorias (p. ex. grande para médio porte) dessas dimensões de um ano para o outro causariam distorções no cálculo da VDA.
3. Beneficiários em planos antigos – sugere-se que o cálculo da VDA se dê sobre toda a base de beneficiários individuais, inclusive aqueles em planos antigos não regulamentados.
4. Uso de expostos no cálculo da VDA – aqui sugere-se que o cálculo da VDA seja baseado no número de beneficiários expostos, isto é, fora dos períodos de carência e não no total de beneficiários.
5. Fator de produtividade – críticas mais fundamentais ao fator de produtividade alegam que as despesas assistenciais não seriam administráveis pelas operadoras, posto que deflagrados pelos prestadores; dessa maneira a aplicabilidade do fator de produtividade estaria conceitualmente equivocada. Isto é, segundo o argumento, não haveria lógica em se exigir maior eficiência das operadoras sobre despesas assistenciais porque elas não têm instrumentos para controlá-las. Outras críticas reconhecem a racionalidade econômica do uso de um fator de produtividade, todavia criticam o modelo proposto pela ANS baseado no desempenho geral economia que não poderia, então, ser aplicado à saúde suplementar.

6. Impacto do rol – esta sugestão propõe introduzir no cálculo do reajuste um fator que estime o impacto das mudanças no rol de procedimentos. A proposta considera que este fator estaria presente no cálculo somente nos anos em que um novo rol entrasse em vigor.
7. Estímulo à venda de planos individuais – há propostas de que o método de cálculo do reajuste seja distinto para as operadoras que comercializem planos individuais e para as que não os comercializem. A ideia é que haja algum elemento na fórmula (por exemplo, o fator de produtividade) que reduza o valor do reajuste para as operadoras que não comercializem planos individuais.
8. Revisão técnica – a revisão técnica é um tema à parte em relação ao reajuste, todavia a Audiência Pública recebeu propostas de que a revisão técnica estivesse intrinsecamente ligada à nova metodologia de cálculo do reajuste dos planos individuais novos, sem, todavia, explicitar como isto deveria ser feito.

## 1.2 Análise das Contribuições da Audiência Pública nº 10/2018

Esta seção resume o tratamento conferido pela equipe da Gerência Econômico-Financeira e Atuarial dos Produtos às contribuições recebidas durante a Audiência Pública nº 10/2018.

### 1. Quanto à demanda por transparência

Entendemos que a demanda da sociedade por maior transparência no método de cálculo do reajuste é justificável e está contemplada com o modelo proposto pela ANS. Diferentemente do método atual de cálculo do reajuste, cujos dados são provenientes das comunicações dos reajustes dos planos coletivos, os dados utilizados para o cálculo da VDA são provenientes do sistema de informações contábeis e financeiras, DIOPS, e, além de serem auditados, são atualizados trimestralmente e disponibilizados para *download* no portal da ANS na Internet<sup>2</sup>.

Além de garantir maior transparência e confiabilidade dos dados, a disponibilização fonte de dados na Internet aliada a um método de cálculo simples e claro, permite sua reprodutibilidade externa o que ainda reforça o *accountability* do reajuste, ajudando a criar um ambiente de segurança essencial para o desenvolvimento do mercado.

### 2. Quanto à ponderação do cálculo da VDA

A equipe técnica reavaliou a medida de tendência central adotada no cálculo da VDA.

A metodologia inicial era baseada na *média agregada*. A VDA calculada com base na média agregada é obtida a partir do somatório das despesas assistenciais e beneficiários de todas as operadoras como se formassem uma única operadora para todo o mercado. Cabe ressaltar que um dado calculado desse modo embute em si a ponderação das

<sup>2</sup> Disponível em <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/demonstracoes-contabeis>>

despesas e do número de beneficiários de cada operadora. Contudo ao considerar o mercado de uma forma conjunta, o resultado final é a variação das despesas assistenciais de uma “operadora média do mercado”.

Não obstante a validade dessa medida para representar a variação das despesas assistenciais do “mercado”, avaliou-se a possibilidade de o cálculo ser baseado na *média ponderada por beneficiários*.

A média ponderada por beneficiários calcula primeiramente a variação de despesa ocorrida em cada operadora, dando o peso relativo para cada uma delas com base no número de beneficiários. Dessa forma, o cálculo seria mais influenciado pelas operadoras com maior número de beneficiários e que, a princípio, teriam carteiras com melhor diluição de risco.

Estudo realizado por pesquisadoras da UFMG sobre a aplicabilidade da metodologia *Price Cap* na Saúde Suplementar aponta a utilização da média ponderada como estatística mais adequada, na comparação com outras medidas de tendência central:

*“Vale mencionar que a média ponderada do VDMH pode ser considerada uma estatística mais adequada, pois permite corrigir de forma indireta para problemas na escala” (TC 42 ANS OPAS /BR/CNT/1401056.003 -maio 2015).*

A utilização da VDA calculada a partir da média ponderada pelo número de beneficiários traz como vantagens:

- Ponderar a VDA pelo porte da operadora (número de beneficiários);
- Ponderar a VDA por diferentes perfis de carteiras entre operadoras;
- Ser mais representativa para o conjunto de beneficiários (medida de “beneficiário médio do mercado”);
- Mitigar problemas relacionados à escala das operadoras na mensuração da VDA.

Dessa forma, parte das questões de porte e padrão de plano estariam atendidas na nova medida de tendência central definida.

### **3. Quanto à inclusão de beneficiários em planos antigos no cálculo**

A metodologia inicialmente proposta pela ANS era baseada na VDA do conjunto de planos individuais celebrados antes e após a Lei 9.656/98.

Contudo, o debate trazido na Audiência sobre este ponto reforçou argumentos para a realização do cálculo somente com os planos novos. Avaliou-se que as características *sui generis* do universo de planos não regulamentados trazem distorções ao cálculo da VDA média. Estes planos têm critérios de precificação e cestas de serviços próprios, uma vez que não seguem o rol de procedimentos definido pela ANS. Planos anteriores à Lei 9.656/98 também não seguem as disposições da Resolução Normativa nº 63/03, no que concerne aos reajustes por mudança de faixa etária, o que traz imprecisão ao cálculo do Fator de Variação da Receita por Reajuste de Faixa Etária.

Por essas razões, a VDA passa a ser apurada apenas no conjunto de planos individuais celebrados após a Lei 9.656/98.

#### **4. Quanto ao uso de expostos no cálculo da VDA**

Pela sugestão recebida na Audiência Pública, o cálculo do número de expostos deveria considerar o mês de adesão do beneficiário ao plano, atribuindo a este novo beneficiário um peso proporcional ao número de meses que ele permaneceu no plano no ano de referência do cálculo das despesas assistenciais. De forma exemplificativa, um beneficiário que entrou na operadora dia 01/07/2018 e permanece na operadora em 31/12/2018, não poderia ser contado como 1 (um) beneficiário no cálculo, mas sim, como uma proporção, no caso, 6/12 (seis doze avos), dado que o beneficiário somente poderia gerar seis meses de despesa.

Cabe considerar que, conforme a metodologia proposta para o reajuste, a VDA é calculada com base na média anual de beneficiários. Esta forma de cálculo, portanto, já pondera pelo número de meses que novos entrantes estiveram presentes no ano de referência.

Considerando possíveis alternativas para o cálculo de expostos, cabe esclarecer que a fonte de dados para esta informação na ANS é o SIP – Sistema de Informação de Produtos. As informações prestadas nesse sistema não são individualizadas por beneficiário e sim agregadas por grupo de despesa assistencial e tipo de contratação de produto. Desse modo, o cálculo do número de expostos a partir desta base se daria de forma estimada, uma vez que não se conhece o prazo de carência para cada grupo de eventos de cada operadora.

Por exemplo, uma operadora pode usar o prazo máximo de carência permitido por lei para consultas (180 dias), enquanto outra poderia utilizar 30, 60, 90 dias ou não ter prazo de carência para esse item de despesa assistencial.

Analisando-se dados do SIP no período compreendido entre 2015 a 2017, nota-se que a variação de expostos é próxima a -5%, enquanto a de beneficiários é de -3%, se considerados todos os grupos de despesa assistencial.

Por fim, não se observa no mercado atual um grande volume de comercialização de planos individuais, de modo que não se vislumbra um impacto relevante de beneficiários não expostos no cálculo do índice.

#### **5. Quanto ao Fator de Produtividade**

Foi desenvolvida nova proposta metodológica para estabelecer a meta de eficiência a partir da Variação das Despesas Assistenciais das próprias operadoras. A proposta é detalhada no item “Análise de Alternativas” deste documento.

#### **6. Quanto às questões referentes ao incentivo a comercialização de planos individuais**

Entende-se que a nova metodologia de reajuste, baseada na própria despesa das operadoras com seus planos individuais, trará maior previsibilidade aos regulados, sendo um instrumento de incentivo a comercialização de planos individuais. Além disso,

uma vez que a base de dados utilizada para o cálculo da VDA é pública, atualizada trimestralmente no portal da ANS na Internet, a maior transparência do método também traz um ganho em segurança que atua como um incentivo à comercialização dos planos.

## 2 ANÁLISE DE ALTERNATIVAS

Passa-se a seguir a uma revisão da análise das alternativas, considerando a proposta de “Reajustes Individualizados” e demais contribuições trazidas com a Audiência Pública nº 10.

### 2.1 Reajuste Individualizado

Uma das mais frequentes solicitações dos agentes do mercado de saúde suplementar é pela liberação do reajuste dos planos individuais. Os principais riscos desta proposta são a elevação de preços acima do nível que seria praticado em um mercado competitivo e a utilização do reajuste anual como um instrumento para a saída das operadoras deste mercado. Num cenário de menor oferta de produtos individuais e portabilidade limitada, estes beneficiários seriam levados a sair de seus planos por força de reajustes elevados.

Por esta razão, tal proposta não pode ser acolhida e sua implementação dependeria especialmente dos seguintes fatores:

1. Ampliação da oferta de planos individuais;
2. Maior flexibilização das regras de portabilidade, conferindo aos beneficiários maior poder de escolha;
3. Redução das assimetrias informacionais (falha de mercado que ocorre quando agentes econômicos estabelecem entre si uma transação econômica com uma das partes envolvidas detendo mais informações que a outra)

Vale ressaltar que, como destacado anteriormente, a proposta de uma nova metodologia de reajuste baseada em dados contábeis e com informações públicas e transparentes, traz mais previsibilidade e segurança ao setor, sendo, portanto, uma ferramenta de estímulo a oferta de planos individuais.

Também consta da agenda da Política de Preços e Reajustes, a instituição de regras para a *Revisão Técnica*. A Revisão Técnica se ocuparia de mitigar desequilíbrios pontuais, eventualmente decorrentes do caráter geral e abrangente da política de reajustes. A Revisão Técnica deve derivar da ocorrência de eventos imprevisíveis e para fazer jus ao referido instituto, as operadoras solicitantes devem ter comercialização ativa e venda efetiva de planos individuais com crescimento de vínculos de titulares. Trata-se de um mecanismo de sustentabilidade do setor e conseqüentemente, capaz de trazer estímulos a comercialização de planos individuais.

Modificações nas regras de Portabilidade também estão na agenda do setor.

Por isso, entende-se que somente após as revisões destes instrumentos mencionados acima, haveria um cenário de maior concorrência e a possibilidade a discussão de modelos de reajustes mais flexíveis sob a ótica das operadoras.



## 2.2 Modelo *Value Cap* Ponderado

Após avaliar as contribuições da sociedade sobre a necessidade de um modelo de reajuste mais transparente, a equipe técnica da ANS discutiu aperfeiçoamentos no modelo *Value Cap*, ponderando despesas assistenciais e não assistenciais no modelo (refletindo com maior precisão os custos operacionais totais).

O cálculo do índice de reajuste anual consiste numa combinação entre a variação das despesas assistenciais dos planos individuais novos e o Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, expurgado da contribuição do subgrupo 62 -Serviços de Saúde.

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

Onde,

IRPI = Índice de Reajuste dos Planos Individuais

VDA = Variação das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores a Lei 9.656/98

VFE = Fator de Variação da Receita por Reajuste Faixa Etária dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores a Lei 9.656/98

FGE = Fator de Estímulo a Ganhos de Eficiência

IPCA Expurgado = Índice de Preços ao Consumidor Amplo expurgado do subgrupo 62 -Serviços de Saúde

- **Ponderação pela sinistralidade**

Os custos operacionais das operadoras podem ser divididos em assistenciais e não assistenciais. Segundo os dados de 2017, em média, oitenta por cento das despesas das operadoras médico-hospitalares são de natureza assistencial. A sinistralidade média do mercado de planos individuais novos tem oscilado em torno de 78% com pequenas variações, entre os anos de 2014 a 2017.

No contexto da reforma do sistema de saúde nos EUA, a sinistralidade é apresentada na perspectiva do consumidor de planos de saúde que depreende “valor” do quanto obtém de retorno em termos de serviços médicos consumidos para um determinado preço do seu prêmio. Isto é, quando a sinistralidade se aproxima de 100%, sinaliza para o beneficiário que o dinheiro utilizado na compra do plano estaria apenas marginalmente sendo “desperdiçado” com gastos estranhos aos custos dos serviços médico que lhe interessam.

A definição do termo contida no glossário do governo americano é útil como ilustração<sup>3</sup>:

<sup>3</sup> Disponível em <https://www.healthcare.gov/glossary/medical-loss-ratio-mlr/>

### **Medical Loss Ratio (MLR)**

*A basic financial measurement used in the Affordable Care Act to encourage health plans to **provide value to enrollees**. If an insurer uses 80 cents out of every premium dollar to pay its customers' medical claims and activities that improve the quality of care, the company has a medical loss ratio of 80%. A medical loss ratio of 80% indicates that the insurer is using the remaining 20 cents of each premium dollar to pay overhead expenses, such as marketing, profits, salaries, administrative costs, and agent commissions. **The Affordable Care Act sets minimum medical loss ratios for different markets, as do some state laws.** [grifos dados neste documento]*

Dessa maneira, a lei americana estabelece patamares mínimos para o assim chamado *medical loss ratio*, conforme o tipo de contratação do produto (80% em planos individuais e 85% em planos coletivos). Ultrapassados estes limites mínimos, a regulação daquele país exige das operadoras que revertam aquilo que teria sido pago em excesso pelo beneficiário em reembolso de sua mensalidade.

Vejamos como isto é descrito na página do órgão regulador federal americano<sup>4</sup>:

#### **Medical Loss Ratio**

*The Affordable Care Act requires health insurance issuers to submit data on the proportion of premium revenues spent on clinical services and quality improvement, also known as the Medical Loss Ratio (MLR). It also requires them to issue rebates to enrollees if this percentage does not meet minimum standards. The Affordable Care Act requires insurance companies to spend at least 80% or 85% of premium dollars on medical care, with the rate review provisions imposing tighter limits on health insurance rate increases. If an issuer fails to meet the applicable MLR standard in any given year, as of 2012, the issuer is required to provide a rebate to its customers.* [grifos dados neste documento]


Com vistas, então, ao estabelecimento de um patamar que sirva de referência estável por alguns anos para ponderar a variação das despesas assistenciais pela sinistralidade, que se aproxime da realidade média do mercado de planos individuais, propõe-se o uso do valor de 80 por cento.

- **Por que utilizar o IPCA para o reajuste das despesas não assistenciais**

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

- Sua metodologia é robusta e bem documentada e a variação de preços de todos os seus itens e subitens é disponível gratuitamente na página do IBGE. Isso permite que operacionalização do expurgo do subgrupo serviços de saúde possa ser realizada tanto

<sup>4</sup> Disponível em <https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Health-Insurance-Market-Reforms/Medical-Loss-Ratio.html>



pela ANS quanto por qualquer outra instituição que deseje reproduzir o método de cálculo do reajuste.

- As estimativas futuras sobre a inflação do Banco Central divulgadas através do Boletim Focus oferecem previsibilidade sobre o comportamento deste componente do modelo.
- A ANS já adota IPCA em outros normativos (reajuste dos prestadores e reajuste de planos odontológicos)
- Outras agências também utilizam o IPCA para reajustarem preços em seus mercados. Este é o caso, por exemplo, da ANATEL, com o Índice de Serviços de Telecomunicações (IST), bem como da ANVISA que, através da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, controla o reajuste anual dos medicamentos baseando-se na variação do IPCA.

Por fim, como o IPCA contém componentes que medem a variação de preços do setor saúde (subgrupo serviços de saúde) que incluem até um item referente aos planos de saúde, o qual é calculado pelo IBGE a partir do próprio índice de reajuste da ANS, removemos a contribuição que os componentes saúde têm sobre o total do IPCA para evitar o problema de retroalimentação no reajuste.

- **Expurgo da contribuição do reajuste de faixa-etária**

A variação das despesas assistências (VDA) é calculada pela diferença percentual entre os custos das despesas assistenciais per capita (por beneficiário) de um ano para o seguinte. Parte desta variação ocorre porque os beneficiários da carteira envelhecem e aumentam sua utilização de serviços de saúde. Como os preços dos planos de saúde já são reajustados para acompanhar este envelhecimento por via das mudanças de faixas-etárias, este montante deve ser deduzido do total da VDA para que ele não se some ao total da variação de preços dos planos duas vezes.

- **Fator de estímulo à eficiência**

A regulação ótima incentivaria as operadoras a estabelecerem reajustes semelhantes às variações de custos, a promoverem melhorias em seus processos com o fim de aumentar a produtividade e a compartilhar os ganhos de produtividade com os consumidores. Nesse sentido, a regulação ótima buscar a aplicação de reajustes tão baixos quanto possível, ao passo que estimularia ganhos de produtividade e o compartilhamento do resultado desses ganhos com os consumidores.

Mirando os objetivos descritos acima, o Ministério da Fazenda em sua Nota Técnica SEI nº 10/2018/COGIS/SUPROC/SEPRAC-MF recomenda à ANS que:

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

Os consultores da Universidade Federal de Minas Gerais no documento técnico contendo sua análise da metodologia do *Price Cap* também avaliam que:

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

A magnitude do fator de estímulo à eficiência depende da estrutura de incentivos que a ANS deseja incorporar. Por exemplo, no modelo da ANVISA, o fator X é estimado com base na produtividade do trabalho na indústria farmacêutica. Essa produtividade é obtida pela divisão do índice de Produção Física da Indústria Farmacêutica pelo total de horas mensais trabalhadas do pessoal ocupado nesta indústria.

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

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

A proposta inicial da Gerência Econômico-Financeira e Atuarial dos Produtos seria estimar o Fator de Produtividade com base na variação produtividade da economia (*PIB por população empregada*). Esta proposta sofreu críticas na Audiência Pública por ser um índice referente a média geral da economia. Por isso, foram realizados estudos específicos sobre o comportamento das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, sendo definido um novo Fator de Eficiência.

Para o estabelecimento do parâmetro de eficiência comparou-se os resultados das variações das despesas assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares de cada operadora (VDA) com a tendência de variação de despesas do setor.

A metodologia é descrita na NOTA TÉCNICA Nº 27/2018/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO.




### 3 CONCLUSÃO

O modelo ora proposto se prevalece da experiência do quadro técnico da ANS que há mais de uma década acompanha esta questão em seus aspectos teóricos e práticos. É a partir do conhecimento adquirido ao longo deste tempo que alternativas puderam ser elaboradas para superarem as limitações do modelo corrente, dando forma a uma proposta de cálculo clara e transparente e ainda dotada de robustez teórico-conceitual.

Entende-se que a nova alternativa apresentada, reflete com maior precisão os custos operacionais totais das operadoras e traz mais transparência ao método de cálculo do reajuste dos planos de saúde individuais novos.



**Bruno Santoro Morestrolle**  
Especialista em Regulatório de  
Saúde Suplementar  
Matrícula SIAPE 1344077



**Rodolfo Nogueira da Cunha**  
Coordenador  
COFAP/GEFAP/GGREP  
Mat. SIAPE 1512831



**Bruno Cortat de Carvalho**  
Coordenador  
COFIP/GEFAP/GGREP  
Mat. SIAPE nº 2500862



**Daniele Rodrigues Campos**  
Gerente  
GEFAP/GGREP/DIPRO/ANS  
Mat. SIAPE nº 1512533