



Nota Técnica SEI nº 24313/2021/ME

Assunto: reajuste de planos de saúde para o biênio 2021-2022.

Esta Secretaria de Advocacia da Concorrência e Competitividade (SEAE) apresenta a presente Nota Técnica em resposta ao Ofício nº 103/2021/DIPRO, de 18 de maio de 2020 (SEI 15972942), enviado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), junto às Notas Técnicas nº 1/2021/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 15973199) e nº 2/2021/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 15973324), que tratam sobre o reajuste dos planos de saúde para o período de 1º de maio de 2021 a 30 de abril de 2022.

1 REGULAÇÃO ECONÔMICA DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

1. O mercado de saúde suplementar possui, basicamente, três categorias de planos de assistência à saúde - planos contratados por pessoas físicas (planos individuais/familiares), planos contratados por pessoas jurídicas (planos coletivos) e planos individuais exclusivamente odontológicos - e cada um deles exige a adoção de políticas diferenciadas para o reajuste anual das mensalidades.

2. O reajuste anual dos planos individuais novos com cobertura médico-hospitalar, com ou sem cobertura odontológica (i.e. aqueles contratados após 02 de janeiro de 1999, quando entrou em vigor a Lei nº 9.656/1998) depende da aprovação prévia da ANS. Ressalta-se, porém, que a precificação do prêmio no momento inicial de comercialização do plano não é submetida à regulação. Em outras palavras, regula-se a variação dos preços, mas não os preços iniciais dos planos.

3. Por força de liminar concedida pelo Supremo Tribunal Federal no âmbito da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) nº 1931-8, de 03 de setembro de 2003, o reajuste anual dos planos individuais antigos com cobertura médico-hospitalar, com ou sem cobertura odontológica (i.e. aqueles contratados antes de 02 de janeiro de 1999) podem ser feitos de acordo com a regra de reajuste estabelecida no contrato celebrado entre a pessoa física e a operadora. Portanto, o reajuste de tais planos não depende de autorização prévia da ANS. Todavia, caso a regra de reajuste prevista no contrato não seja clara, o reajuste anual deve se limitar ao reajuste máximo estipulado pela ANS ou estabelecido em Termo de Compromisso com a Agência.

4. Já o reajuste dos planos coletivos contratados por pessoas físicas junto a operadoras de autogestão sem mantenedores seguem as mesmas regras dos planos individuais/familiares. Dessa forma, conforme preceitua a Resolução Normativa (RN) ANS nº 156, de 08 de junho de 2007, o reajuste de tais planos contratados após 02 de janeiro de 1999 exigem autorização prévia da ANS.

5. O reajuste dos planos coletivos é livre.

6. Por fim, nos termos da RN ANS nº 172, de 08 de julho de 2008, o reajuste dos planos individuais exclusivamente odontológicos, devido às suas especificidades, não depende de autorização prévia da ANS, desde que o contrato contenha cláusula de reajuste que estabeleça, de forma clara, um índice de preços. Caso não haja um índice estabelecido em contrato, a operadora deve oferecer ao titular do plano um termo aditivo. A não aceitação do termo por parte do beneficiário implica na adoção tácita do

Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

7. Portanto, na prática, os planos efetivamente sujeitos ao reajuste máximo estabelecido pela ANS são os planos individuais/familiares novos (pós 2 de janeiro de 1999), exceto os planos coletivos contratados por pessoas físicas junto a operadoras de autogestão sem mantenedores e os exclusivamente odontológicos, como demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 1 - Regra de reajuste segundo classificação do plano de saúde

Segmentação assistencial		Médico-hospitalares		Exclusivamente Odontológicos	
Época de contratação		Antigo**	Novo	Antigo**	Novo
Tipo de contratação	Por Pessoa Física *	i) Contrato; ii) ANS; iii) TC ANS ⁽¹⁾	ANS	1. Contrato; 2. IPCA ⁽²⁾	
	Por pessoa Jurídica *	Livre (monitorado)		Livre (monitorado)	

Fonte: Elaboração própria, com base na legislação.

* Aos planos coletivos contratados por pessoas físicas junto a operadoras de autogestão sem mantenedores, independentemente do tipo de assistência, aplicam-se as regras dos planos individuais.

** Aos planos adaptados à Lei nº 9.656/1998, aplicam-se as regras dos planos novos.

(1) Para os planos médicos antigos contratados por pessoa física, conforme a RN nº 156/2007, nos casos em que a cláusula de reajuste prevista no contrato não for clara, deverá ser adotado percentual limitado pelo índice de reajuste definido pela ANS, exceto nos casos de Termo de Compromisso definidos pela Agência.

(2) Para os planos exclusivamente odontológicos contratados por pessoa física, conforme a RN nº 172/2008, nos casos em que não houver aceitação pelo beneficiário do aditivo contratual, vigorará, para fins de reajuste, o IPCA/IBGE.

8. De acordo com dados divulgados pela ANS, o setor de planos de assistência médica totalizou 47.693.095 usuários em janeiro de 2021, **maior número desde dezembro de 2016**. A evolução crescente demonstra a importância do setor e evidencia o interesse dos brasileiros no acesso à saúde suplementar.

Tabela 2 - Beneficiários em planos de assistência médica

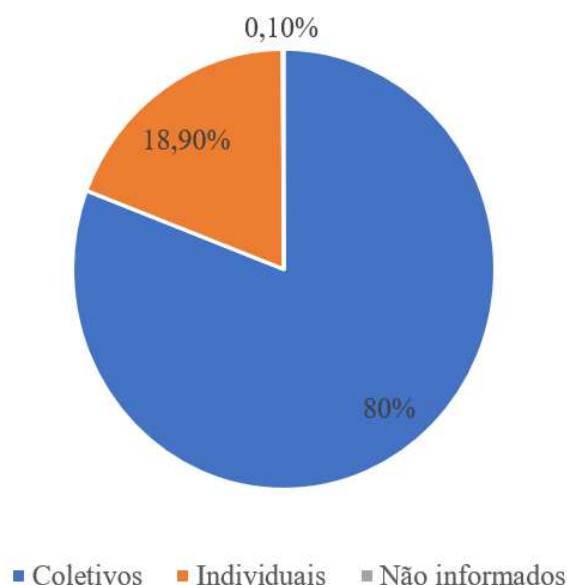
Beneficiários em planos de assistência médica						
COMPETÊNCIA	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
jan/19	46.981.390	31.672.919	6.141.407	513	9.068.033	98.518
jan/20	46.985.535	31.718.802	6.179.673	456	8.997.820	88.784
fev/20	47.008.481	31.755.209	6.180.196	450	8.986.229	86.397
mar/20	47.079.970	31.814.756	6.186.171	450	8.993.009	85.584
abr/20	47.001.705	31.750.893	6.205.994	449	8.959.144	85.225
mai/20	46.773.384	31.550.719	6.204.395	446	8.933.232	84.592
jun/20	46.698.374	31.465.592	6.217.945	446	8.932.297	82.094
jul/20	46.799.877	31.550.627	6.217.942	446	8.951.778	79.084
ago/20	46.880.809	31.584.640	6.229.448	446	8.987.596	78.679
set/20	47.035.724	31.708.221	6.246.404	436	9.003.149	77.514
out/20	47.248.605	31.875.099	6.275.087	434	9.020.959	77.026
nov/20	47.449.021	32.063.982	6.295.069	434	9.017.723	71.813
dez/20	47.615.162	32.192.328	6.307.987	433	9.043.414	71.000
jan/21	47.693.095	32.295.751	6.290.193	432	9.036.033	70.686

Fonte: ANS.

Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/6221-planos-de-saude-setor-registra-maior-numero-de-beneficiarios-desde-dezembro-de-2016>>.

9. Como é possível notar na tabela acima, em janeiro de 2021, dos 47.693.095 beneficiários, 38.586.376 (80% do total) dispõem de planos coletivos, 9.036.033 (18,9% do total) dispõem de planos individuais e 70.686 (0,1% do total) não informaram o tipo de plano.

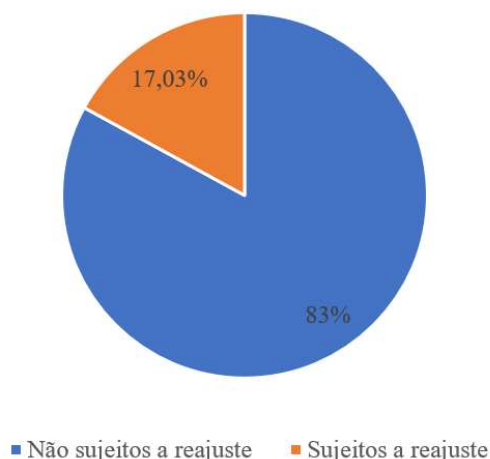
Gráfico 1 - Percentual de beneficiários por tipo de plano de assistência médica



10. Consoante dados do Sistema de Informação dos Beneficiários da ANS, o contingente de beneficiários de planos sujeitos à aplicação do reajuste (i.e. os planos individuais/familiares com cobertura médico-hospitalar, com ou sem cobertura odontológica, contratados já na vigência da Lei nº 9.656/98 e

aqueles que adaptaram seus contratos à referida lei) é de 17,03% do total de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares.

Gráfico 2 - Percentual de planos sujeitos à aplicação do reajuste



2 METODOLOGIA EMPREGADA PARA O CÁLCULO DO REAJUSTE

11. Em consonância com o disposto no art. 4º, XVII, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a ANS submete anualmente à apreciação do Ministério da Economia o valor percentual máximo de reajuste fixado para os planos individuais.

12. A RN ANS nº 441, de 19 de dezembro de 2018, estabelece a metodologia de cálculo para definir o Índice Máximo de Reajuste Anual das Contraprestações Pecuniárias dos Planos Privados de Assistência à saúde, Individuais ou Familiares (IRPI), médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, combinando um Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o IPCA expurgado, conforme fórmula a seguir:

Figura 1 - Fórmula do IRPI

$$\text{IRPI} = 80\% * \text{IVDA} + 20\% * \text{IPCA Exp.}$$

Onde:

IRPI = Índice Máximo de Reajuste dos Planos Individuais

IVDA = Índice de Valor das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei nº 9.656, de 1998;

IPCA Exp. = Índice de Preços ao Consumidor Amplo Expurgado do subitem Plano de Saúde.

Fonte: Anexo I da RN ANS nº 441/2018.

13. Conforme definido no art. 8º, inciso I, da RN nº 441/2018, o IVDA expressa a variação da despesa assistencial média por beneficiário dos contratos dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar regulamentados pela Lei nº 9.656/998, a partir de três componentes: a Variação das Despesas Assistenciais (VDA), o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE) e a Variação da Receita por Faixa Etária (VFE). A fórmula do IVDA está expressa abaixo:

Figura 2 - Fórmula do IVDA

$$IVDA = \left(\frac{1+(VDA-FGE)}{1+VFE} \right) - 1$$

Onde:

VDA = Variação das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei nº 9.656, de 1998.

FGE = Fator de Ganhos de Eficiência.

VFE = Variação da Receita Faixa Etária dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei nº 9.656, de 1998.

Fonte: Anexo I da RN ANS nº 441/2018.

14. A primeira variável que compõe a fórmula de cálculo do IVDA é o VDA, o qual é calculado medindo-se a variação anual da despesa médico-hospitalar da operadora de um ano para o outro. Assim, o VDA referente ao trimestre "t" do ano "a" é calculado conforme a fórmula a seguir:

Figura 3 - Fórmula do VDA

$$VDA_{ta} = \left[\sum_{i=1}^n \frac{\left(\frac{DA_{ita}}{Ben_{ita}} \right)}{\left(\frac{DA_{ita-1}}{Ben_{ita-1}} \right)} \times \left(\frac{Ben_{ita}}{Ben_{total\ ta}} \right) \right] - 1$$

Onde:

i = Operadora i

t = último trimestre com dados disponíveis do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde DIOPS/ANS do ano de cálculo do reajuste

a = ano de cálculo do Índice de Reajuste dos Planos Individuais

DA = Despesas assistenciais dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar regulamentados pela Lei nº 9.656, de 1998 acumulados em 12 meses até o trimestre t do ano a da Operadora

BEN = Média de beneficiários dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar regulamentados pela Lei nº 9.656, de 1998 da Operadora

BEN total = Média de beneficiários dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar regulamentados pela Lei nº 9.656, de 1998 no período de 12 meses que antecede o cálculo do reajuste do mercado.

Fonte: Anexo II da RN ANS nº 441/2018.

15. O FGE, por sua vez, objetiva promover maior eficiência na gestão das despesas dos planos individuais, na medida em que, na ausência desse componente, o cálculo do reajuste ficaria restrito ao índice de recomposição da variação de despesas. Para o estabelecimento deste parâmetro de eficiência, compararam-se os resultados das variações das despesas assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares contratados na vigência da Lei nº 9.656/1998 de cada operadora (i.e. o VDA) com a tendência de variação de despesas do setor (benchmark), seguindo-se as seguintes etapas:

- i. A partir da base de cálculo da média ponderada da VDA (que já exclui os valores atípicos), classifica-se em ordem crescente o conjunto de valores de VDA por operadora em um ano.
- ii. Identifica-se o terceiro quartil (Q3), medida que delimita os 25% maiores valores da VDA.
- iii. Calcula-se as distâncias entre a VDA das Operadoras acima do Q3 e o próprio Q3.
- iv. Pondera-se as distâncias das operadoras acima do Q3, conforme fórmula a seguir:

Figura 4 - Fórmula da ponderação das distâncias das operadoras acima do terceiro quartil (Q3)

$$\text{Distância ano } a = \sum_{i=1}^n (VDA \text{ OPS}_i a - \text{Valor do Q3 } a) \times \frac{\text{Quantidade de Beneficiários da OPS}_i a}{\text{Total de beneficiários da amostra } a}$$

Onde:

VDA OPS_i = Variação das despesas assistenciais da Operadora i no ano a com VDA acima do 3º quartil no ano a

Fonte: Anexo III da RN ANS nº 441/2018.

v. Calcula-se a proporção entre a "Distância ano a" e a VDA média ponderada do ano (apurada conforme critérios do Anexo II).

vi. Calcula-se a média geométrica das proporções por quatro anos consecutivos, obtendo-se o valor do FGE. O primeiro período de cálculo do fator compreende os anos de 2014, 2015, 2016 e 2017.

16. A última variável que compõe o cálculo do IVDA é o VFE, cujo objetivo é descontar do cálculo das despesas assistenciais o aumento de despesa decorrente da simples mudança de faixa etária do beneficiário. Como o valor do prêmio pago pelos beneficiários é automaticamente atualizado quando da migração da faixa etária, justamente como forma de cobrir o já esperado aumento da despesa assistencial, o aumento de despesa decorrente da migração de faixa deve ser descontado do índice para não elevar artificialmente a variação das referidas despesas assistenciais. A metodologia consiste nas seguintes etapas:

i. Apurar o número médio de beneficiários em planos individuais posteriores à Lei nº 9.656/1998 distribuídos por faixa etárias (nos termos da RN ANS nº 63, de 22 de dezembro de 2003) em dois períodos (período "1" e período "2"), de acordo com o Sistema de Informações de Beneficiários:

Figura 5 - Fórmula de apuração do número médio de beneficiários em planos individuais posteriores à Lei nº 9.656/1998 distribuídos por faixa etárias

Faixas Etárias	Média de Beneficiários na Faixa etária <i>i</i> no Período 1	Média de Beneficiários na Faixa etária <i>i</i> no Período 2
0 até 18	<i>Benef</i> _{1 1}	<i>Benef</i> _{1 2}
19 até 23	<i>Benef</i> _{2 1}	<i>Benef</i> _{2 2}
24 até 28	<i>Benef</i> _{3 1}	<i>Benef</i> _{3 2}
29 até 33	<i>Benef</i> _{4 1}	<i>Benef</i> _{4 2}
34 até 38	<i>Benef</i> _{5 1}	<i>Benef</i> _{5 2}
39 até 43	<i>Benef</i> _{6 1}	<i>Benef</i> _{6 2}
44 até 48	<i>Benef</i> _{7 1}	<i>Benef</i> _{7 2}
49 até 53	<i>Benef</i> _{8 1}	<i>Benef</i> _{8 2}
54 até 58	<i>Benef</i> _{9 1}	<i>Benef</i> _{9 2}
59 ou mais	<i>Benef</i> _{10 1}	<i>Benef</i> _{10 2}
Soma	$\sum_{i=1}^{10} \mathbf{Benef}_{i1}$	$\sum_{i=1}^{10} \mathbf{Benef}_{i2}$

Fonte: Anexo IV da RN ANS nº 441/2018.

ii. Apurar o fator médio de reajuste em cada faixa etária obtido no Painel de Precificação de publicação mais recente e os preços estimados a partir da base 100, conforme a seguir:

Figura 6 - Fórmula de apuração do fator médio de reajuste de cada faixa etária

A Faixas Etárias	B Média de Beneficiários na Faixa etária <i>i</i> no Período 1	C Média de Beneficiários na Faixa etária <i>i</i> no Período 2	D Reajuste de Faixa Etária (RFE _{<i>i</i>}) do Painel Precificação	E Preços (R\$) calculados na base 100 (Preço Faixa <i>i</i>)
0 até 18	<i>Benef</i> _{1 1}	<i>Benef</i> _{1 2}	-	100
19 até 23	<i>Benef</i> _{2 1}	<i>Benef</i> _{2 2}	RFE ₂	$100 * \prod_{i=2}^2 (1 + RFE_i)$
24 até 28	<i>Benef</i> _{3 1}	<i>Benef</i> _{3 2}	RFE ₃	$100 * \prod_{i=2}^3 (1 + RFE_i)$
29 até 33	<i>Benef</i> _{4 1}	<i>Benef</i> _{4 2}	RFE ₄	$100 * \prod_{i=2}^4 (1 + RFE_i)$
34 até 38	<i>Benef</i> _{5 1}	<i>Benef</i> _{5 2}	RFE ₅	$100 * \prod_{i=2}^5 (1 + RFE_i)$
39 até 43	<i>Benef</i> _{6 1}	<i>Benef</i> _{6 2}	RFE ₆	$100 * \prod_{i=2}^6 (1 + RFE_i)$
44 até 48	<i>Benef</i> _{7 1}	<i>Benef</i> _{7 2}	RFE ₇	$100 * \prod_{i=2}^7 (1 + RFE_i)$
49 até 53	<i>Benef</i> _{8 1}	<i>Benef</i> _{8 2}	RFE ₈	$100 * \prod_{i=2}^8 (1 + RFE_i)$
54 até 58	<i>Benef</i> _{9 1}	<i>Benef</i> _{9 2}	RFE ₉	$100 * \prod_{i=2}^9 (1 + RFE_i)$
59 ou mais	<i>Benef</i> _{10 1}	<i>Benef</i> _{10 2}	RFE ₁₀	$100 * \prod_{i=2}^{10} (1 + RFE_i)$
Soma	$\sum_{i=1}^{10} \mathbf{Benef}_{i1}$	$\sum_{i=1}^{10} \mathbf{Benef}_{i2}$	-	$\sum_{i=1}^{10} \mathbf{Preço Faixa Etária i}$

Fonte: Anexo IV da RN ANS nº 441/2018.

iii. Multiplicar o número de beneficiários do período 1 pelo fator médio de reajuste em cada faixa etária e o número de beneficiários do período "2" pelo fator médio de reajuste em cada faixa etária, a fim de calcular as receitas totais no período 1 e no período 2.

Figura 7 - Fórmula das receitas totais obtidas nos períodos 1 e 2

Receita Total no Período 1 (B x E)	Receita Total no Período 2 (C x E)
$\sum_{i=1}^{10} Benef_{i1} * Preço Faixa_{i1}$	$\sum_{i=1}^{10} Benef_{i2} * Preço Faixa_{i2}$

Fonte: Anexo IV da RN ANS nº 441/2018.

iv. Calcular a receita per capita de cada período, dividindo o total da receita pelo número total de beneficiários de cada período:

Figura 8 - Fórmula da receita per capita nos períodos 1 e 2

Receita per capita no Período 1	Receita per capita no Período 2
$\frac{\sum_{i=1}^{10} (Benef_{i1} * Preço Faixa_{i1})}{\sum_{i=1}^{10} Benef_{i1}}$	$\frac{\sum_{i=1}^{10} (Benef_{i2} * Preço Faixa_{i1})}{\sum_{i=1}^{10} Benef_{i2}}$

Fonte: Anexo IV da RN ANS nº 441/2018.

v. Calcular a razão entre as receitas médias por beneficiário do período "2" e do período "1".

Figura 9 - Fórmula do VFE

$$VFE = \frac{\text{Receita per capita no período 2}}{\text{Receita per capita no período 1}} - 1$$

Fonte: Anexo IV da RN ANS nº 441/2018.

17. Por fim, o IPCA mede as variações de preços ao consumidor ocorridas nas regiões metropolitanas de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Brasília e Goiânia, sendo composto por nove grupos: (i) alimentação e bebidas, (ii) habitação, (iii) artigos de residência, (iv) vestuário, (v) transportes, (vi) saúde e cuidados pessoais, (vii) despesas pessoais, (viii) educação e (ix) comunicação.

18. Considerando que o objetivo da adoção do IPCA na metodologia de reajuste é corrigir as despesas não assistenciais, considera-se adequado expurgar do IPCA os efeitos do subitem plano de saúde do grupo (vi) saúde e cuidados pessoais, evitando-se a retroalimentação do índice. Assim, o cálculo é realizado através das seguintes etapas:

i. Calcula-se o novo somatório de pesos do IPCA após a exclusão do subitem Plano de Saúde.

ii. Divide-se o peso inicial dos grupos/subgrupos que permanecem no índice pelo novo somatório de pesos

iii. Multiplica-se o novo peso de cada grupo/subgrupo que permanece no índice pelas variações mensais informadas pelo IBGE.

iv. Calcula-se IPCA Expurgado acumulado dos últimos 12 meses em dezembro do ano imediatamente anterior ao da divulgação do IRPI.

3 REAJUSTE CALCULADO PARA O BIÊNIO 2021-2022

19. Conforme a metodologia apresentada, a ANS disponibilizou os seguintes valores referentes ao reajuste dos planos de saúde previsto para o biênio 2021-2022:

Tabela 3 - Composição do Cálculo de Reajuste previsto para 2020/2021

Índices	Valor
<u>IVDA</u>	<u>- 11,39%</u>
VDA	- 9,20%
FGE	0,82%
VFE	1,55%
<u>IPCA Expurgado</u>	<u>4,60%</u>
IRPI	- 8,19%

Fonte: Nota Técnica nº 2/2021/COREF/GEFAP/GGREG/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 15973324).

20. Dessa forma, a ANS indicou o percentual negativo de **- 8,19% (menos oito vírgula dezenove por cento) como o reajuste máximo autorizado para o biênio 2021-2022 dos planos de saúde sujeitos a esta regulação** para deliberação da Diretoria Colegiada da Agência, submetendo este valor à apreciação não vinculante do Ministério da Economia, conforme o inciso XVII do art. 4º da Lei nº 9.961/2000.

4 ANÁLISE

4.1 Considerações sobre o tratamento dos dados pela ANS

21. As informações das despesas incorridas na prestação de assistência médico-hospitalar são extraídas pela ANS a partir das Demonstrações Contábeis informadas pelas operadoras no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS). A data limite de envio das informações ao DIOPS foi 31 de março de 2021. Todas as demonstrações financeiras publicadas seguem os critérios do Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de saúde, conforme estabelecido pela RN ANS nº 435, de 23 de novembro de 2018.

22. Para apuração da variação da despesa assistencial somente são consideradas operadoras que apresentem dados de beneficiários e das despesas assistenciais correspondentes nos planos individuais de cobertura médico-hospitalar celebrados após a vigência da Lei nº 9.656/1998, nos dois períodos considerados, e informações contábeis auditadas sem ressalvas. Para atender a esse objetivo fez-se necessário adotar os filtros listados a seguir:

Filtros aplicados tanto na base de dados de beneficiários quanto na base das despesas assistenciais: os filtros que são comuns à base de beneficiários e despesa assistencial são:

i. Tipo de contratação: individual/familiar;

ii. Cobertura Assistencial: assistência médica;

- iii. Época de contratação: posterior à Lei 9.656/98;
- iv. Modalidade de financiamento: preço pré-estabelecido;
- v. Modalidades de Operadora: 'cooperativa médica', 'medicina de grupo', 'filantropia' e 'seguradora'.

Foram excluídas as operadoras que iniciaram sua operação no período de análise, uma vez que são necessários no mínimo dois anos de operação para apuração da variação da despesa assistencial anual. Também foram excluídas as operadoras que tiveram seu registro cancelado junto à ANS até o fim do período em análise.

Filtros específicos aplicados na base de dados de beneficiários

Para o cálculo da média dos 12 meses, foram consideradas apenas as operadoras que apresentaram uma sequência ininterrupta de pelo menos um vínculo ativo de beneficiário nos dois anos analisados, uma vez que o cálculo da VDA mensura a variação da despesa por beneficiário entre dois períodos.

Filtros específicos aplicados na base de dados de despesa assistencial

- i. No cálculo da despesa acumulada em 12 meses, assumiu-se o saldo final do 4º trimestre de cada ano calendário como sendo o valor acumulado ao longo do ano.
- ii. Foram consideradas apenas as operadoras em que a despesa assistencial acumulada no ano apresentasse valor positivo e diferente de zero, uma vez que o objetivo é apurar a variação da despesa assistencial média das operadoras que efetivamente atuaram nos dois anos analisados.
- iii. Foram excluídas as 78 operadoras que apresentaram ressalvas relacionadas às demonstrações contábeis relativas aos anos de 2019 ou 2020 conforme levantamento realizado pela Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras (DIOPE). As ressalvas relatam inconsistências encontradas nas demonstrações financeiras enviadas à ANS como, por exemplo, o não envio de parecer de auditoria ou ressalvas dos auditores sobre as contas contábeis de despesa assistencial utilizadas no cálculo da VDA. Analogamente, foram excluídas as operadoras que não sanaram as ressalvas relacionadas às demonstrações contábeis relativas ao 4º trimestre de 2019.

23. Segundo Baldwin, as melhores práticas apontam a estabilidade regulatória como uma característica desejável de atuação do governo sobre a economia. Por estabilidade regulatória entende-se que as regras e sua interpretação sejam estáveis, por períodos razoáveis, e que eventuais mudanças sejam previsíveis^[1], de modo a assegurar a atratividade dos investimentos no setor. Sendo assim, o estabelecimento de uma metodologia normatizada (qual seja, a RN ANS nº 441/2018) e replicável representa um avanço significativo da atuação da Agência no mercado regulado de planos de saúde privados individuais e familiares.

24. Para o cálculo da VDA, a ANS disponibilizou os dados do número de beneficiários em seu sítio eletrônico^[2] informando os filtros necessários para utilização das informações financeiras das operadoras integrantes do modelo. Entretanto, esta SEAE identificou que a Nota Técnica nº 1/2021/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO da Agência não descreveu os critérios para retirada de cada uma das operadoras excluídas. Assim, com o intuito de facilitar a replicação dos dados, recomendamos que sejam divulgadas, no sítio eletrônico da Agência, todas as bases utilizadas para o cálculo de reajuste, contribuindo assim para maior transparência e *accountability* da regulação.

25. Os dados para o cálculo do VFE foram retirados da página do Tabet^[3] e do último Painel de Precificação publicado. Ressalta-se que os valores disponibilizados podem sofrer alterações, mas,

nesse caso, a Nota Técnica nº 2/2021/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO da ANS disponibilizou a base utilizada, garantindo a replicabilidade do cálculo desse fator.

26. Por fim, o IPCA expurgado foi adotado para corrigir monetariamente as despesas não assistenciais (operacionais, financeiras, administrativas, de comercialização e patrimoniais). Os dados foram retirados do SIDRA IBGE^[4], coletando-se os pesos e variações mensais dos grupos, subgrupos e itens 1, 2, 3, 4, 5, 6.1, 6.201, 6.202, 6.203, 6.3, 7, 8 e 9. Ou seja, excluiu-se os valores do item 6.203 – “Planos de Saúde”, recalibrando os demais para que somem 100%. A partir disso, multiplicou-se as variações mensais de cada componente para somar o IPCA Geral resultante.

4.2 Considerações gerais

27. A tabela abaixo apresenta o percentual máximo de reajuste autorizado pela ANS nos últimos anos, bem como as variações acumuladas no IPCA-Geral nos 12 meses anteriores ao mês de abril (isto é, o índice acumulado nos últimos 12 meses, tomando março de cada ano como o mês de referência), que é o limite da vigência dos reajustes anuais.

Tabela 4 - Comparação reajuste dos planos de saúde e IPCA

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
IPCA acumulado em 12 meses (março)	6,30%	5,23%	6,59%	6,15%	8,13%	9,39%	4,57%	2,68%	4,58%	3,3%	6,10%
Reajuste ANS	7,69%	7,93%	9,04%	9,65%	13,55%	13,57%	13,55%	10%	7,35%	8,14%	-8,19%
Diferença Relativa*	1,22	1,52	1,37	1,57	1,67	1,45	2,96	3,73	1,61	2,46	-1,34

Fonte: Dados ANS e IBGE. Elaboração própria.

* Resultados obtidos por meio da divisão entre o valor do reajuste ANS e o IPCA acumulado em 12 meses em março de cada ano.

28. Como é possível notar, até 2020, os reajustes máximos autorizados pela ANS situavam-se acima do IPCA-Geral acumulado no período, o que se derivava do envelhecimento da população segurada e do crescimento do número de tratamentos disponíveis. O resultado negativo do IRPI DE 2021, segundo a ANS, “é reflexo da redução na utilização de serviços na saúde suplementar ocorrida em 2020, sendo este fenômeno, por sua vez, um dos efeitos da pandemia de covid-19 no Brasil”.

29. Nesse sentido, deve-se destacar que, apesar de a quantidade de beneficiários de planos de saúde privados ter aumentado no último ano, a ponto de, como mencionado acima, ter se tornado o maior número desde 2016, o índice de sinistralidade do setor durante o período de pandemia sofreu significativa redução em relação a anos anteriores. A tendência de queda do índice começou a mudar em agosto, com a volta gradual dos atendimentos de procedimentos eletivos, mas ainda não alcançou a média dos anos anteriores.

Gráfico 3 - Evolução do índice de sinistralidade dos planos de saúde



Fonte: Boletim Covid 19 - Saúde suplementar - Janeiro de 2021 - ANS.

Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/Boletim_Covid_Janeiro.pdf>.

30. Além disso, observa-se que as autorizações para realização de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) - dado que permite avaliar a tendência quanto à utilização de procedimentos eletivos fora do ambiente hospitalar - permaneceu ao longo da maior parte de 2020 com queda em relação ao ano de 2019, tendo superado apenas nos meses de novembro e dezembro.

Gráfico 4 - Evolução de autorizações emitidas para SADT

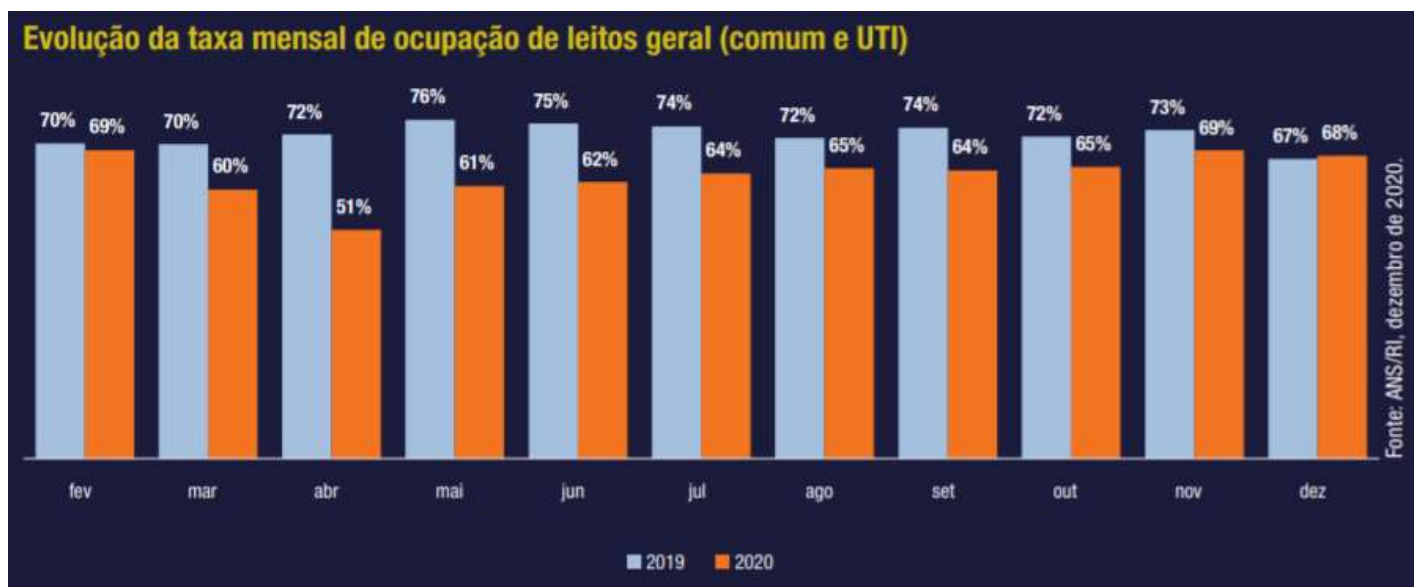


Fonte: Boletim Covid 19 - Saúde suplementar - Janeiro de 2021 - ANS.

Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/Boletim_Covid_Janeiro.pdf>.

31. Veja-se, ainda, que a taxa de ocupação geral de leitos nos hospitais em 2019 se manteve superior a 2020 em todos os meses do ano, com exceção de dezembro. Essa informação considera a ocupação tanto para o atendimento à Covid-19 quanto para demais procedimentos não relacionados à doença e engloba leitos comuns e de UTI.

Gráfico 5 - Comparação da ocupação de leitos em 2019 e 2020



Fonte: Boletim Covid 19 - Saúde suplementar - Janeiro de 2021 - ANS.

Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/Boletim_Covid_Janeiro.pdf>.

32. Nota-se, por outro lado, que os percentuais de inadimplência tanto para planos individuais/familiares quanto para coletivos se mantiveram próximos do nível histórico, porém ainda um pouco abaixo da média.

Gráfico - Evolução do índice de inadimplência dos planos de saúde privados



33. Diante disso, essa SEAE entende que a regulação adotada representa uma intervenção direta sobre o setor regulado, com objetivo de contribuir para o aumento do acesso aos planos de saúde pela população, diante do cenário de baixo impacto financeiro apresentado e de pandemia, que também evidenciou a relevância da garantia de assistência à saúde.

34. Faz-se, contudo, importante pontuar os riscos de tal abordagem, decorrente de um reajuste negativo nos valores cobrados pelos planos de saúde privados, que pode pressionar a sustentabilidade de operadoras, em especial as de pequeno porte, que, em regra, dispõem de menor margem para lidar com eventuais prejuízos, ainda mais em um cenário em que não houve reajuste em 2019.

35. Assim, recomenda-se à ANS estimar os efeitos do reajuste referente ao biênio 2021-2022, segundo a metodologia prevista para os planos individuais, bem como qual o efeito esperado sobre os planos coletivos, estabelecendo, a partir disso, recomendações e diretrizes sobre o valor do reajuste anual dos produtos com reajuste anual livre.

5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

36. O resultado apurado para o índice de reajuste dos planos individuais (IRPI) resultou em um valor negativo de **- 8,19% (oito vírgula dezenove por cento)** para o período compreendido no biênio 2021-2022.

37. Em vista dos aspectos levantados, esta Secretaria recomenda à ANS:

- Estimar os riscos e efeitos da abordagem adotada, decorrente de um reajuste negativo nos valores cobrados pelos planos de saúde privados no biênio 2021-2022, que pode pressionar a sustentabilidade de operadoras de planos de saúde.
- Estimar o efeito esperado sobre os planos coletivos, estabelecendo, a partir disso, recomendações e diretrizes sobre o valor do reajuste anual dos produtos com reajuste anual livre.
- Disponibilizar, no sítio eletrônico da Agência, as informações efetivamente utilizadas para cálculo de todos os fatores estimados, particularmente o VDA e o FGE, e quais foram as operadoras incluídas após tratamento dos dados e os motivos de exclusão de cada uma delas.

À apreciação superior.

Documento assinado eletronicamente

MARIANA PICCOLI LINS CAVALCANTI

Coordenadora-Geral de Inovação, Indústria de Rede e Saúde

De acordo.

Documento assinado eletronicamente

ANDREY VILAS BOAS DE FREITAS

Subsecretário de Advocacia da Concorrência

De acordo.

Documento assinado eletronicamente

GEANLUCA LORENZON

Secretário de Advocacia da Concorrência e Competitividade

[1] Baldwin, Robert. *Regulatory stability and the challenges of re-regulating*.

[2] Beneficiários: <<https://dados.gov.br/dataset/beneficiarios-com-vinculos-ativos-por-tipo-de-contratacao-para-calculo-da-vda>>.

Despesas Assistenciais: <<https://dados.gov.br/dataset/http-www-ans-gov-br-perfil-do-setor-dados-abertos-dados-abertos-disponiveis-n3>>.

Corresponsabilidade Cedida e Assumida: <<https://dados.gov.br/dataset/demonstracoes-contabeis-quadros-auxiliares>>.

[3] <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_br.def>.

[4] <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/1419>>.

[5] <https://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/covid_19/Boletim_COVID-19_ANS_outubro.pdf>.



Documento assinado eletronicamente por **Geanluca Lorenzon**, **Secretário(a) de Advocacia da Concorrência e Competitividade**, em 01/07/2021, às 17:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Piccoli Lins Cavalcanti**, **Coordenador(a)-Geral de Inovação, Indústria de Rede e Saúde**, em 02/07/2021, às 11:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.economia.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **15974093** e o código CRC **19D2A1B1**.
