



Nota Técnica SEI nº 21697/2022/ME

Assunto: reajuste de planos de saúde para o biênio 2022-2023.

Esta Secretaria de Acompanhamento Econômico, Advocacia da Concorrência e Competitividade (SEAE) apresenta a presente Nota Técnica em resposta ao Ofício nº 05/2022/RST - PRESI-ANS, de 09 de maio de 2023 (SEI 24722669), enviado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), junto às Notas Técnicas nº 1/2021/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 24722437), nº 1/2022/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 24722571) e nº 2/2022/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 24722615), que tratam sobre o reajuste dos planos de saúde para o período de 1º de maio de 2022 a 30 de abril de 2023.

1 REGULAÇÃO ECONÔMICA DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- O reajuste dos planos coletivos é livre.
- 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).
- 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.

- De acordo com dados divulgados pela ANS, o setor de planos de assistência médica totalizou 48.995.883 usuários em dezembro de 2021, com crescimento contínuo nos 12 meses de 2021. A ANS destaca que, no comparativo com os anos anteriores, a evolução tem sido sequencial desde julho de 2020. Essa 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

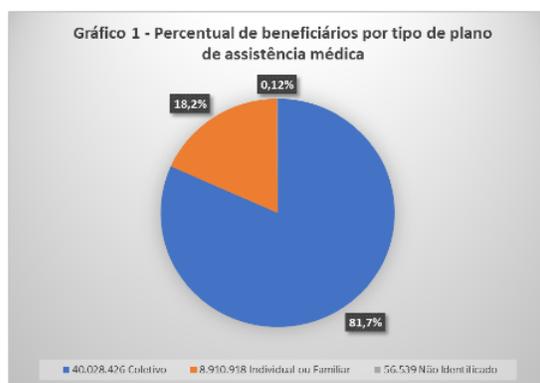
NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS COM PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA POR TIPO DE CONTRATAÇÃO					
COMPETÊNCIA	COLETIVO			INDIVIDUAL OU NÃO IDENTIFICADO	TOTAL
	EMPREGADAT	POR	NÃO		

	REVENH/ANUAL	ADESÃO	IDENTIFICADO	FAMILIAR		
DEZ/21	33.704.767	6.323.659	410	8.910.918	56.129	48.995.883
NOV/21	33.437.797	6.317.827	410	8.900.269	56.413	48.712.716
OUT/21	33.298.116	6.295.660	410	8.909.397	57.267	48.560.850
SET/21	33.260.984	6.288.929	413	8.906.925	57.539	48.514.790
AGO/21	33.100.211	6.276.052	413	8.914.212	57.830	48.348.718
JUL/21	32.973.544	6.281.942	413	8.938.936	58.132	48.252.967
JUN/21	32.831.024	6.282.861	413	8.959.470	58.472	48.132.240
MAI/21	32.737.290	6.263.661	414	8.960.252	58.802	48.020.419
ABR/21	32.596.835	6.239.520	414	8.984.540	60.274	47.881.583
MAR/21	32.484.418	6.245.067	415	9.008.015	60.632	47.798.547
FEV/21	32.268.900	6.249.875	415	9.023.507	62.603	47.605.300
JAN/21	32.141.892	6.264.418	416	9.037.535	63.265	47.507.526
DEZ/20	32.092.778	6.286.443	417	9.044.454	63.657	47.487.749

Fonte: ANS.

Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/planos-de-saude-setor-encerra-2021-com-crescimento-contiuo-em-seus-12-meses>>.

9. Como é possível notar na tabela acima, em dezembro de 2021, dos 48.995.883 beneficiários, 40.028.426 (81,7% do total) dispõem de planos coletivos, 8.910.918 (18,2% do total) dispõem de planos individuais e 56.539 (0,1% do total) não informaram o tipo de plano.



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), totalizou 7.998.601 em dezembro de 2021, representando 16,3% do total de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares. Dessa forma, 83,7% dos beneficiários de planos de saúde, em números de dezembro de 2021, não estavam sujeitos à aplicação do reajuste em questão.



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

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

Onde:

IRPI = Índice Máximo de Reajuste dos Planos Individuais

IVDA = Índice de Valor das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitais 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 9.656/1998, 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-hospitais 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-hospitais 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

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

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-hospitais 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)

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

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 etária (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 etária

Faixas Etárias	Média de Beneficiários na Faixa etária i no Período 1	Média de Beneficiários na Faixa etária i no Período 2
0 até 18	$Benef_{11}$	$Benef_{12}$
19 até 23	$Benef_{21}$	$Benef_{22}$
24 até 28	$Benef_{31}$	$Benef_{32}$
29 até 33	$Benef_{41}$	$Benef_{42}$
34 até 38	$Benef_{51}$	$Benef_{52}$
39 até 43	$Benef_{61}$	$Benef_{62}$
44 até 48	$Benef_{71}$	$Benef_{72}$
49 até 53	$Benef_{81}$	$Benef_{82}$
54 até 58	$Benef_{91}$	$Benef_{92}$
59 ou mais	$Benef_{101}$	$Benef_{102}$
Soma	$\sum_{i=1}^{10} Benef_{i1}$	$\sum_{i=1}^{10} Benef_{i2}$

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	B	C	D	E
Faixas Etárias	Média de Beneficiários na Faixa etária i no Período 1	Média de Beneficiários na Faixa etária i no Período 2	Reajuste de Faixa Etária (RFE) do Painel Precificação	Preços (ES) calculados na base 100 (Preço Faixa i)
0 até 18	$Benef_{11}$	$Benef_{12}$	-	100
19 até 23	$Benef_{21}$	$Benef_{22}$	RFE_1	$100 \times \left[\frac{1}{2} (1 + RFE_1) \right]$
24 até 28	$Benef_{31}$	$Benef_{32}$	RFE_2	$100 \times \left[\frac{2}{3} (1 + RFE_2) \right]$
29 até 33	$Benef_{41}$	$Benef_{42}$	RFE_3	$100 \times \left[\frac{3}{4} (1 + RFE_3) \right]$
34 até 38	$Benef_{51}$	$Benef_{52}$	RFE_4	$100 \times \left[\frac{4}{5} (1 + RFE_4) \right]$
39 até 43	$Benef_{61}$	$Benef_{62}$	RFE_5	$100 \times \left[\frac{5}{6} (1 + RFE_5) \right]$
44 até 48	$Benef_{71}$	$Benef_{72}$	RFE_6	$100 \times \left[\frac{6}{7} (1 + RFE_6) \right]$
49 até 53	$Benef_{81}$	$Benef_{82}$	RFE_7	$100 \times \left[\frac{7}{8} (1 + RFE_7) \right]$
54 até 58	$Benef_{91}$	$Benef_{92}$	RFE_8	$100 \times \left[\frac{8}{9} (1 + RFE_8) \right]$
59 ou mais	$Benef_{101}$	$Benef_{102}$	RFE_{10}	$100 \times \left[\frac{10}{11} (1 + RFE_{10}) \right]$
Soma	$\sum_{i=1}^{10} Benef_{i1}$	$\sum_{i=1}^{10} Benef_{i2}$		$\sum_{i=1}^{10} Preço Faixa Etária i$

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)
$\sum_{i=1}^{10} Benef_{i1} \times Preço Faixa_{i1}$	$\sum_{i=1}^{10} Benef_{i2} \times Preço Faixa_{i2}$

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
$\frac{\sum_{i=1}^{10} (Benef_{i1} \times Preço Faixa_{i1})}{\sum_{i=1}^{10} Benef_{i1}}$	$\frac{\sum_{i=1}^{10} (Benef_{i2} \times Preço Faixa_{i2})}{\sum_{i=1}^{10} Benef_{i2}}$

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 2022-2023

19. Conforme a metodologia apresentada, a ANS disponibilizou os seguintes valores referentes ao reajuste dos planos de saúde previsto para o biênio 2022-2023:

Tabela 3 - Beneficiários em planos de assistência médica

COMPOSIÇÃO DO CÁLCULO DE REAJUSTE PREVISTO PARA 2022/2023	
ÍNDICES	VALOR
VDA	20,35%
FGE	1,81%
VFE	1,51%
IVDA	16,78%
IPCA EXPURGADO	10,36%
IRPI	15,50%

Fonte: Nota Técnica nº 2/2022/COREF/GEFAP/GGREG/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 24722615).

20. Dessa forma, a ANS indicou o percentual de **15,50% (quinze vírgula cinquenta por cento) como o reajuste máximo autorizado para o biênio 2022-2023 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, referentes ao quarto trimestre do ano anterior, foi 31 de março de 2022. 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 89 operadoras que apresentaram ressalvas relacionadas às demonstrações contábeis relativas aos anos de 2020 ou 2021 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, 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 2010.

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^[41], 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. Segundo a ANS, em sua Nota Técnica nº 1/2021/COREF/GEFAP/GGREG/DIRAD-DIPRO/DIPRO, tanto as operadoras consideradas na base de cálculo quanto as excluídas, bem como os respectivos motivos dessa exclusão, estão detalhados no arquivo "Base de cálculo VDA 2021.xlsx" do anexo da referida nota técnica. A metodologia aplicada no cálculo da VDA, detalhando passo a passo a extração dos dados, a aplicação dos tratamentos e filtros utilizados, também encontra-se no anexo supracitado, assim como em seu sítio oficial (PortalANS > Espaço do Consumidor > Reajuste > Individual ou Familiar > Metodologia de Cálculo).

25. Os dados para o cálculo do VFE foram retirados da página do Tabnet^[3] e do último Painel de Precificação publicado, edição de dezembro de 2021, em 05 de maio de 2022. Ressalta-se que os valores disponibilizados podem sofrer alterações, mas, nesse caso, a Nota Técnica nº 2/2022/COREF/GEFAP/GGREG/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. A ANS disponibilizou todas as tabelas utilizadas nesse cálculo em sua Nota Técnica nº 2/2022/COREF/GEFAP/GGREG/DIRAD-DIPRO/DIPRO.

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	2022
IPCA ACUMULADO EM 12 MESES (MARÇO)	6,30%	5,23%	6,59%	6,15%	8,13%	9,39%	4,57%	2,68%	4,58%	3,30%	6,10%	11,03%
REAJUSTE ANS	7,69%	7,93%	9,04%	9,65%	13,55%	13,57%	13,55%	10%	7,35%	8,14%	-8,19%	15,50%
DIFERENÇA RELATIVA*	1,22	1,52	1,37	1,57	1,67	1,45	2,96	3,73	1,61	2,46	-1,34	1,41

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, foi 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. Em sua Nota Técnica nº 2/2022/COREF/GEFAP/GGREG/DIRAD-DIPRO/DIPRO, a ANS ressalta que "se, em 2021, o índice máximo de reajuste fora negativo, refletindo a variação negativa de despesas assistenciais do setor, agora, 2020 reaparece no cálculo do reajuste compondo o denominador da fórmula da VDA. Assim, a VDA atual calculada em 20,35% captura o efeito da variação dos gastos assistenciais de 2021, que se assemelha aos padrões históricos de uso de serviços, contra 2020, ano fortemente impactado pela pandemia. Já o IVDA, calculado em 16,78%, incorpora à VDA os efeitos da dedução do VFE e a imputação de ganhos de eficiência, proporcionada pelo FGE".

29. Nesse sentido, é importante destacar que desde julho de 2020 o mercado de planos médico-hospitalares vem crescendo a taxas consideráveis, como pode ser visto no Gráfico 3, abaixo. Se entre janeiro de 2019 e junho de 2020 houve leve redução no número de beneficiários, da ordem de 0,6%, entre julho de 2020 e janeiro de 2022 houve um crescimento de 4,7%, mostrando uma tendência relevante de crescimento.

Gráfico 3 - Evolução mensal de beneficiários em planos médico-hospitalares - 01/2019 a janeiro/2022

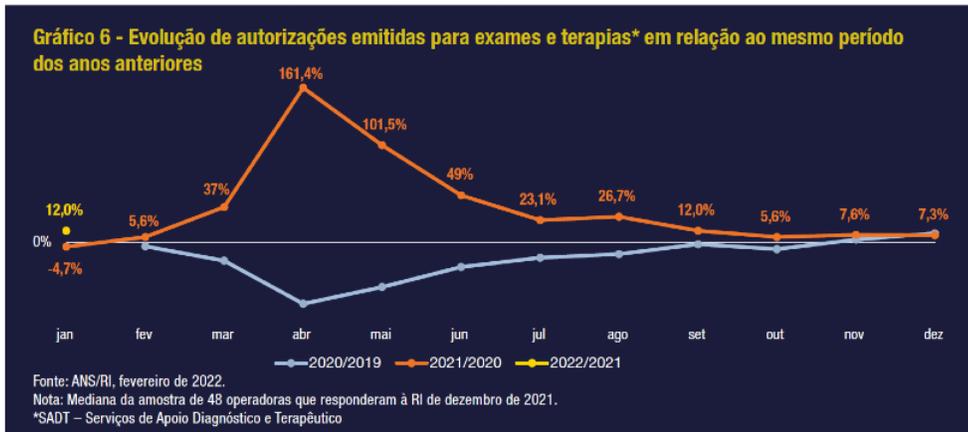


Fonte: Boletim Covid 19 - Saúde suplementar - Fevereiro de 2022 - ANS.

Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/coronavirus-covid-19/boletim-covid-19/2022/BoletimCOVID19ANS_2022Fevereirofinal.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 - sofreram forte alta entre março e agosto de 2021, com uma redução em outubro e uma leve alta em novembro e dezembro, voltando a crescer em janeiro de 2022. Tal acréscimo tem relação direta com a recente epidemia de síndrome gripal fora de época que afetou o país, bem como a chegada da variante ômicron que vem gerando aumento de casos de Covid-19 na população. Esses fatores também se refletiram em aumento da procura por atendimentos em prontos socorros nos hospitais da amostra.

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 ocupação de leitos, em geral, experimentou uma taxa de ocupação bem superior ao ano anterior, principalmente puxada pela alta de ocupação de leitos Covid, como pode ser visto nos Gráficos 5 e 6, abaixo. A taxa de ocupação de leitos para atendimento à Covid-19 sofreu um aumento significativo em relação a dezembro de 2021, passando de 44% para 61%; para demais atendimentos, a taxa apresenta estabilidade desde março de 2021. 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. A ocupação geral de leitos ficou em 73% em janeiro de 2022, acima do observado no mesmo mês em 2020 e 2021 (70%), como pode ser observado no Gráfico 5, abaixo.

Gráfico 5 - Evolução da taxa mensal de ocupação de leitos geral em 2021

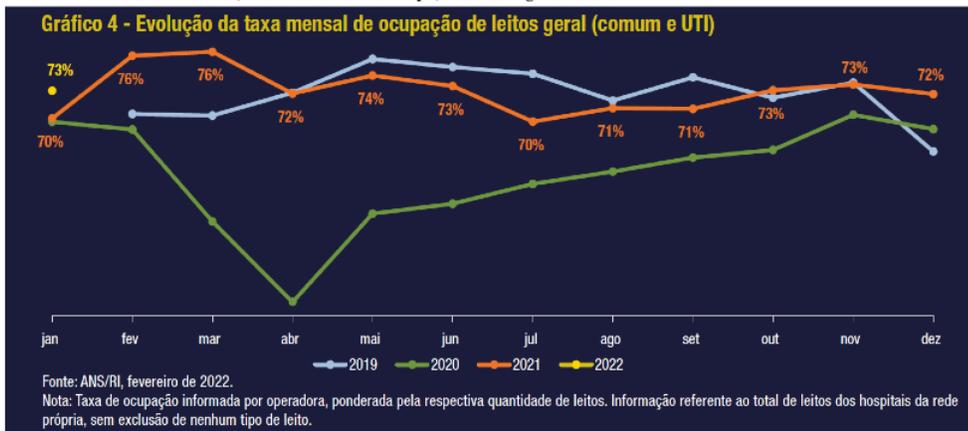
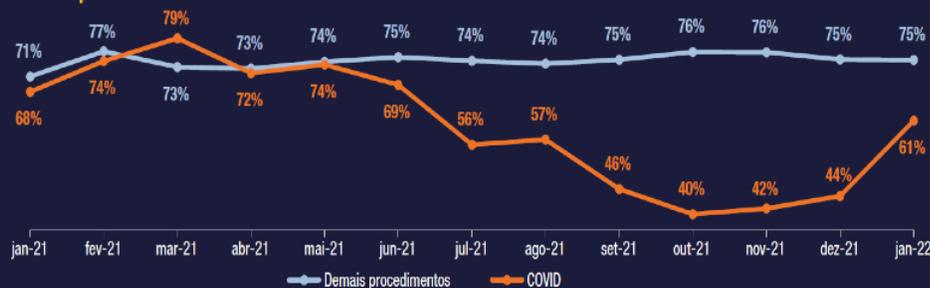


Gráfico 6 - Evolução da taxa mensal de ocupação de leitos (comum e UTI) para Covid-19 e demais procedimentos

Gráfico 5 - Evolução da taxa mensal de ocupação dos leitos (comum e UTI) para Covid-19 e para demais procedimentos

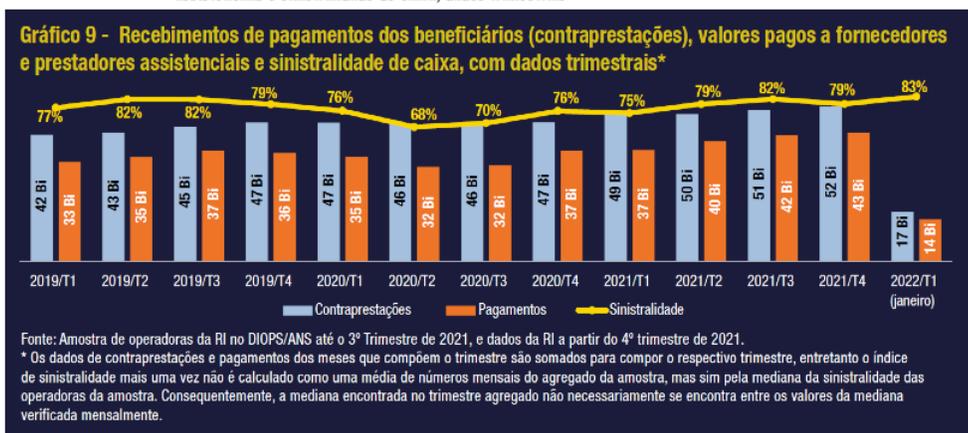


Fonte: ANS/RI, fevereiro de 2022.

Nota: Taxa de ocupação informada por operadora, ponderada pela respectiva quantidade de leitos. Informação referente ao total de leitos dos hospitais da rede própria, sem exclusão de nenhum tipo de leito.

32. Nota-se, ainda, uma tendência de crescimento na taxa de sinistralidade durante o ano de 2021. Em janeiro de 2022, a taxa de sinistralidade ficou em 83%, um crescimento de 10,6% em relação ao primeiro trimestre de 2021. Da mesma forma, houve um crescimento dos valores pagos a fornecedores em 2021. No último trimestre do ano, houve um desembolso de R\$ 43 bilhões, sendo que no último trimestre de 2020 esse desembolso foi de R\$ 37 bilhões, um crescimento de 16,2%, seguindo a tendência de crescimento da taxa de sinistralidade. Por outro lado, os pagamentos dos beneficiários (contraprestações) também cresceram em 2021. No último trimestre do ano, as contraprestações representaram o montante de R\$ 52 bilhões, enquanto no último trimestre de 2020, R\$ 47 bilhões, um crescimento de 10,6%, seguindo o crescimento no número de beneficiários demonstrado no Gráfico 3 acima.

Gráfico 7 - Recebimentos de pagamentos dos beneficiários, valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa, dados trimestrais



Fonte: Amostra de operadoras da RI no DIOPS/ANS até o 3º Trimestre de 2021, e dados da RI a partir do 4º trimestre de 2021.

* Os dados de contraprestações e pagamentos dos meses que compõem o trimestre são somados para compor o respectivo trimestre, entretanto o índice de sinistralidade mais uma vez não é calculado como uma média de números mensais do agregado da amostra, mas sim pela mediana da sinistralidade das operadoras da amostra. Consequentemente, a mediana encontrada no trimestre agregado não necessariamente se encontra entre os valores da mediana verificada mensalmente.

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 pandemia entre 2020 e 2021, que também evidenciou a relevância da garantia de assistência à saúde. É importante destacar que durante o ano de 2020 o aumento nos valores dos planos de saúde foram suspensos por oito meses, sendo repassados aos beneficiários a partir de janeiro de 2021, no percentual de 8,14% para os planos individuais ou familiares contratados a partir de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656/98. Em maio de 2021 a ANS definiu um reajuste negativo de 8,19% para estes planos, resultando, em suas palavras, "em redução na mensalidade e as operadoras são obrigadas a aplicar o índice, que não pode ser maior do que definido pela agência reguladora". A ANS explicou em nota que "o resultado negativo do índice é reflexo da redução na utilização de serviços na saúde suplementar ocorrida em 2020, fenômeno provocado pela pandemia de Covid-19. Com as medidas protetivas para evitar a disseminação do vírus, houve uma queda na procura por atendimentos que não eram urgentes".¹⁵

34. Assim, o aumento autorizado pela ANS de 15,50% para os planos individuais ou familiares contratados a partir de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656/98, além de refletir os aumentos na sinistralidade, na taxa de ocupação de UTIs, nas autorizações para realização de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico e nos valores pagos a fornecedores em 2021, comparado a 2020, que elevaram os custos das operadoras nesse período, também recompõe o equilíbrio econômico-financeiro das mesmas, que absorveram um congelamento de preços durante oito meses de 2020 (posteriormente repassado com um aumento no percentual de 8,14% aos beneficiários a partir de janeiro de 2021), seguido por uma redução nos seus preços em maio de 2021, da ordem de 8,19%.

5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

35. O resultado apurado para o índice de reajuste dos planos individuais (IRPI) resultou em um percentual de **15,5% (quinze vírgula cinquenta por cento)** para o período compreendido no biênio 2022-2023.

36. Esta SEAE conclui que a metodologia utilizada pela ANS para o índice de reajuste dos planos individuais (IRPI) mostra-se adequada para o fim a que se propõe, considerando o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o IPCA expurgado, ponderando o primeiro em 80% do IRPI, e o segundo em 20% do IRPI. Da mesma forma, mostra-se também adequada a consideração no cálculo do IVDA o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE) e a Variação da Receita Faixa Etária (VFE). O primeiro, FGE, visa à 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. O segundo, VFE, visa à descontar do cálculo das despesas assistenciais o aumento de despesa decorrente da simples mudança de faixa etária do beneficiário, a fim de evitar elevar artificialmente a variação das referidas despesas assistenciais. Por fim, com o expurgo dos efeitos do subitem plano de saúde do grupo (vi) saúde e

cuidados pessoais no IPCA utilizado para o cálculo do IRPI, evita-se a retroalimentação desse índice de inflação calculado pelo IBGE.

37. Tal como dito acima, o índice de reajuste aprovado pela ANS, de 15,5%, para os planos individuais ou familiares contratados a partir de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656/98, deve ser avaliado à luz dos recentes acontecimentos advindos da pandemia de Covid-19, que impactou drasticamente o setor de saúde suplementar. Se por um lado a demanda por tais serviços caiu consideravelmente em 2020, reduzindo os custos das operadoras naquele ano, por outro a demanda reprimida em 2020 foi bastante sentida em 2021, com um considerável crescimento no uso dos serviços dos prestadores de saúde pelos beneficiários, gerando uma elevação nos custos das operadoras, que por sua vez vinham de uma redução nos seus preços desde maio de 2021, além de um congelamento nos preços por oito meses em 2020. Mesmo diante desse cenário, desde julho de 2020 o mercado brasileiro de saúde suplementar vem experimentando um importante crescimento no número de beneficiários de planos de saúde, como mostra o Gráfico 3.

38. Considerando todo o exposto, em obediência ao que dispõe o inciso XVII do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 c/c art. 2º da Portaria do MF nº 421/2005, esta Secretaria apresenta a sua concordância com o índice de reajuste dos planos individuais (IRPI) definido pela ANS, que resultou em um percentual de 15,5% (quinze vírgula cinquenta por cento) para o período compreendido no biênio 2022-2023.

À apreciação superior.

Documento assinado eletronicamente

MÁRIO SÉRGIO ROCHA GORDILHO JR.

Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental

De acordo.

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 Acompanhamento Econômico, 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.vida>>.

Despesas Assistenciais: <<https://dados.gov.br/dataset/http.www.ans.gov.br/perfil.do.setor.dados.abertos.dados.abertos.disponiveis-n.3>>.

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

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

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

[5] <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-define-percentual-negativo-de-reajuste-para-planos-de-saude-individuais>>.



Documento assinado eletronicamente por **Geanluca Lorenzon, Secretário(a) de Advocacia da Concorrência e Competitividade**, em 23/05/2022, às 14:35, 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 **Andrey Vilas Boas de Freitas, Subsecretário de Advocacia da Concorrência**, em 23/05/2022, às 14:49, 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**, em 23/05/2022, às 14:52, 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 **Mário Sérgio Rocha Gordilho Junior, Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental**, em 23/05/2022, às 14:54, 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 **24866812** e o código CRC **0D8BAED3**.