



Nota Técnica SEI nº 758/2023/MF

Assunto: **reajuste de planos de saúde individuais para o biênio 2023-2024.**

Senhor Secretário,

SUMÁRIO EXECUTIVO

1. Nos termos das competências atribuídas pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000^[1], e pela Portaria do Ministério da Fazenda nº 421, de 23 de dezembro de 2005^[2], esta Coordenação-Geral de Regulação e Concorrência apresenta a presente Nota Técnica em resposta ao Ofício RST-PRESI nº 6/2023/RST-PRESI/PRESI, de 17 de maio de 2023 (SB#152980), enviado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que trata sobre o reajuste dos planos de saúde individuais para o período de 1º de maio de 2022 a 30 de abril de 2023.

ANÁLISE

A regulação econômica do setor de saúde suplementar

2. 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 uma delas adota uma política diferenciada para o reajuste anual das mensalidades.
3. 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, de 3 de junho de 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.
4. Por força de liminar concedida pelo Supremo Tribunal Federal (STF) 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.
5. Já o reajuste dos planos coletivos contratados por pessoas físicas junto a operadoras de autogestão sem mantenedores seguem as mesmas regras dos planos individuais. 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.
6. O reajuste dos planos coletivos é livre.
7. 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).
8. 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	
	Antigo**	Novo	Antigo**	Novo
Época de contratação				
Tipo de contratação	Por Pessoa Física *	i) Contrato; ii) ANS; ANS iii) TC ANS ⁽¹⁾	i) Contrato; ii) 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.

9. De acordo com dados divulgados pela ANS, o setor de planos de assistência médica totalizou 50.207.388 beneficiários em março de 2023, um aumento de 1.107.427 beneficiários em relação a março de 2022.

Tabela 2 - Beneficiários em planos de assistência médica

Número de beneficiários com planos de assistência médica por tipo de contratação

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Por Adesão	Não Identificado			
mar/23	35.139.663	6.116.467	360	8.906.487	44.411	50.207.388
fev/23	34.898.598	6.135.525	360	8.910.790	44.761	49.990.034
jan/23	34.858.659	6.146.791	358	8.923.417	44.951	49.974.176
dez/22	35.134.576	6.262.517	361	8.954.883	45.153	50.397.490
nov/22	34.962.786	6.264.429	363	8.967.799	45.319	50.240.696
out/22	34.772.465	6.282.187	362	8.976.052	45.471	50.076.537
set/22	34.778.782	6.286.222	363	8.985.753	45.662	50.096.782
ago/22	34.637.176	6.274.306	363	8.980.476	46.013	49.938.334
jul/22	34.487.191	6.275.190	363	8.981.223	46.220	49.790.187
jun/22	34.353.424	6.278.476	365	8.981.660	46.423	49.660.348
mai/22	34.201.948	6.273.244	365	8.968.029	46.627	49.480.213
abr/22	34.058.642	6.281.172	365	8.912.050	46.816	49.299.045
mar/22	33.891.839	6.270.908	361	8.889.699	47.154	49.099.961

Fonte: ANS.

Disponível em: <[Março: planos de assistência médica apresentam crescimento de 217 mil de beneficiários — Agência Nacional de Saúde Suplementar \(www.gov.br\)](https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/planos-de-assistencia-medica)>.

10. Como é possível notar na tabela acima, em março de 2023, dos 50.207.388 beneficiários, 41.256.490 (82,17% do total) dispõem de planos coletivos, 8.906.487 (17,7% do total) dispõem de planos individuais e 44.411 (0,13% do total) não informaram o tipo de plano.

Metodologia empregada para o cálculo do reajuste

11. 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.

12. Conforme definido no art. 8º, inciso I, da referida RN, 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-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.

13. A primeira variável que compõe a fórmula de cálculo do IVDA é a VDA, a qual 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 VDA, para fins do cálculo do IRPI, considera as despesas assistenciais incorridas de janeiro a dezembro e a média de beneficiários ao longo dos meses de janeiro a dezembro nos 2 anos imediatamente anteriores ao ano de divulgação do índice de reajuste.

14. 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. As informações das despesas incorridas na prestação de assistência médico-hospitalar ("DA" na fórmula acima) são extraídas das demonstrações contábeis informadas pelas operadoras no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS). Já os dados relativos aos beneficiários ativos ("BEN na fórmula acima) são obtidos do Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) que é atualizado mensalmente pelas operadoras.

16. O FGE, por sua vez, é o índice único que estabelece um estímulo a ganhos de eficiência na gestão das despesas assistenciais pelas operadoras de planos de assistência à saúde e é calculado a cada quatro anos, com aplicação anual. Consoante explanado na Nota Técnica nº 3/2023/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SBI151844), a introdução de um fator de eficiência no cálculo do reajuste das mensalidades dos planos de saúde individuais é importante pelas seguintes razões:

- i. Na ausência de um índice de eficiência, o cálculo do fator de reajuste ficaria restrito ao mero repasse direto da variação das despesas assistenciais e a um índice de recomposição de receita.
- ii. A presença de financiamento através do mecanismo do seguro ou plano de assistência à saúde pode resultar em incentivos à ampliação dos custos do setor.
- iii. A estrutura de mercado das operadoras de planos de saúde individuais no Brasil é majoritariamente concentrada [3]. A inclusão do componente de eficiência ao fator de reajuste é uma forma de introduzir uma concorrência indireta entre as operadoras, que passam a concorrer por maior eficiência.

17. 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)

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

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.

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.

18. 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, o aumento de despesa decorrente da migração de faixa deve ser descontado do índice para não elevar artificialmente a variação das referidas despesas assistenciais.

19. Assim, a metodologia de cálculo do VFE 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 dados do SIB:

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	$\sum_{i=1}^{10} \text{Benef}_{i1}$	$\sum_{i=1}^{10} \text{Benef}_{i2}$

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>i</i> no Período 1	Média de Beneficiários na Faixa etária <i>i</i> no Período 2	Reajuste de Faixa Etária (RFE _{<i>i</i>}) do Painel Precificação	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	$\sum_{i=1}^{10} Benef_{i1}$	$\sum_{i=1}^{10} Benef_{i2}$	-	$\sum_{i=1}^{10} Preço Faixa Etária i$

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

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

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

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

20. 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.

21. 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.

22. Assim, o cálculo do IPCA expurgado 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 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
- iv. Calcula-se IPCA expurgado acumulado dos últimos 12 meses em dezembro do ano imediatamente anterior ao da divulgação do IRPI.

Reajuste calculado para o biênio 2023-2024

23. 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 - Composição do cálculo de reajuste para 2023-2024

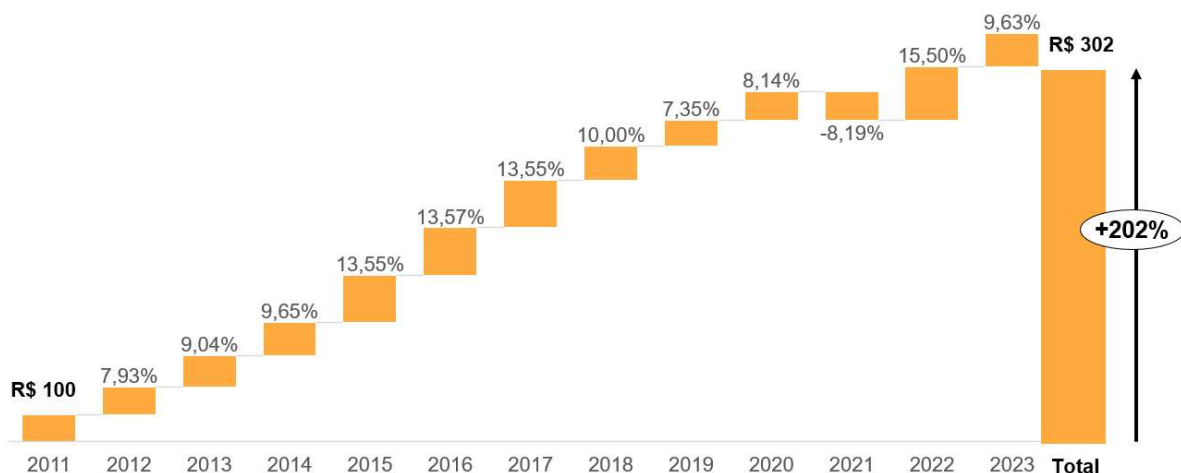
ÍNDICES	VALOR
VDA	12,69%
FGE	1,27%
VFE	0,74%
IVDA	10,61%
IPCA EXPURGADO	5,73%
IRPI	9,63%

Fonte: Nota Técnica nº 2/2022/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 34151911).

24. Dessa forma, a ANS indicou o percentual de 9,63% como o reajuste máximo autorizado para o biênio 2023-2024 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 Fazenda, conforme o inciso XVII do art. 4º da Lei nº 9.961/2000 e art. 1º da Portaria do Ministério da Fazenda nº 421/2005.

25. O gráfico abaixo mostra a evolução dos índices de reajuste ao longo desde 2012:

Gráfico 1 - IRPI 2012 a 2023



Fonte: Elaboração própria, com base em dados da ANS.

Considerações sobre os dados apresentados pela ANS

26. 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	2023
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

IPCA-GERAL 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%	4,18%
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%	9,63%
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	2,3

Fonte: Dados ANS e IBGE.

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

27. Como é possível notar, os reajustes máximos autorizados pela ANS situam-se, em regra, acima do IPCA-Geral acumulado no período, o que faz sentido, considerando o envelhecimento da população segurada e o crescimento do número de tratamentos disponíveis.

28. A única exceção ocorreu em 2021, ocasião em que o IRPI resultou negativo, por reflexo da redução na utilização de serviços na saúde suplementar ocorrida em 2020, um dos efeitos da pandemia de Covid-19 no Brasil. Conforme analisado por esta Secretaria na Nota Técnica SEI nº 24313/2021/ME (SEI15974093), nesse período, a quantidade de beneficiários de planos de saúde privados aumentou a ponto de ter se tornado o maio número desde 2016, mas o índice de sinistralidade do setor sofreu significativa redução em relação a anos anteriores.

29. Assim, o valor apurado para o reajuste de 2023 - tal como ocorreu em 2022 - sugere uma mitigação das perturbações exógenas derivadas da pandemia, restando, na apuração do IRPI, os elementos que classicamente influenciam variações de despesas no setor de saúde suplementar.

30. Nesse sentido, veja-se que a ocupação de leitos nas redes de saúde suplementar experimentou, em geral, uma taxa de ocupação superior entre os meses de janeiro a julho de 2021 e de 2022 (último dado disponível no sítio eletrônico da ANS), como pode ser visto no gráfico abaixo.

Gráfico 2 - Evolução da taxa mensal de ocupação de leitos geral (comum e UTI)



Fonte: Boletim Covid-19 Agosto de 2022.

Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/coronavirus-covid-19/boletim-covid-19/2022/BoletimCOVID19ANS_2022Agosto.pdf>.

31. Nota-se, ainda, que, de 2021 a 2022, houve crescimento na taxa de sinistralidade, a qual mostra a relação entre despesas assistenciais e o total das receitas com operação de planos de saúde da operadora, sendo ambos os fatores acrescidos do valor absoluto das contraprestações de corresponsabilidade cedida (CCT). Veja-se que, em 2022, a taxa de sinistralidade ficou em 87,3%, um crescimento de aproximadamente 3% em relação a 2021. Tal crescimento é, em parte, explicado pela queda da receita média das operadoras, reduzida, no mesmo período, em aproximadamente 7%.

Tabela 5 - Índice sinistralidade e receita média de operadoras de planos de saúde

Porte da operadora	2021		2022	
	Taxa de sinistralidade (%)	Receita média mensal (R\$)	Taxa de sinistralidade (%)	Receita média mensal (R\$)
Total	84,6%	263,30	87,3%	245,42
Operadoras médico-hospitalares	86,2%	407,44	89,1%	383,24
Pequeno porte (até 20.000 beneficiários)	82,9%	363,18	89,2%	394,75
Médio porte (20.000 a 100.000 beneficiários)	84,1%	344,79	86,5%	328,48
Grande porte (Acima de 100.000 beneficiários)	86,9%	428,82	89,6%	396,63
Operadoras exclusivamente odontológicas	42,0%	10,62	41,7%	10,86
Pequeno porte (até 20.000 beneficiários)	49,4%	21,33	45,6%	22,05
Médio porte (20.000 a 100.000 beneficiários)	50,5%	17,03	51,2%	18,80
Grande porte (Acima de 100.000 beneficiários)	39,8%	9,52	39,7%	9,68

Fonte: Dados Consolidados da Saúde Suplementar. Atualizado em 04/05/2023.

Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>.

32. Por fim, vale destacar que, entre 2021 e 2022, o índice de inadimplência de planos de saúde flutuou entre 6% e 11%, patamares altos em relação aos períodos anteriores.

Gráfico 3 - Índice de inadimplência do setor



Fonte: Boletim Covid-19 Agosto de 2022.

Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/coronavirus-covid-19/boletim-covid-19/2022/BoletimCOVID19ANS_2022Agosto.pdf>.

CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÃO

33. Esta Coordenação-Geral concluiu 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% 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 FGE visa à promover maior eficiência na gestão das despesas dos planos individuais, ao passo que VFE visa a descontar do cálculo das despesas assistenciais o aumento de despesa decorrente da simples mudança de faixa etária do beneficiário, a fim de evitar elevação artificial da 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.

34. Ressalta-se que o índice de reajuste aprovado pela ANS para os planos individuais ou familiares contratados a partir de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656/98, também deve ser avaliado à luz dos recentes acontecimentos. Tal reajuste, além de ter sido devidamente feito com base na metodologia prevista na regulamentação vigente, permite a recomposição do equilíbrio econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde, cujos custos cresceram no último período observado, em razão dos aumentos na sinistralidade, na taxa de ocupação de leitos (comum e UTI) e nos índices de inadimplência do setor.

35. Considerando todo o exposto, em obediência ao que dispõe o inciso XVII do art. 4º da Lei nº 9.961/2000 c/c art. 1º da Portaria do MF nº 421/2005, esta Coordenação-Geral apresenta a sua concordância com o índice de reajuste dos planos individuais (IRPI) definido pela ANS, que resultou em um percentual de **9,63% (nova vírgula sessenta e três por cento)** para o período compreendido no biênio 2023-2024.

À apreciação superior.

Documento assinado eletronicamente
MARIANA PICCOLI L. CAVALCANTI
Coordenadora de Regulação e Concorrência

De acordo.

Documento assinado eletronicamente
ANA PATRIZIA GONÇALVES LIRA
Subsecretária de Regulação e Concorrência

De acordo.

Documento assinado eletronicamente
MARCOS BARBOSA PINTO
Secretário de Reformas Econômicas

[1] Lei nº 9.961/2000. Art. 4º Compete a ANS:

XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda

[2] Portaria MF nº 421/2005. Art. 1º Em cumprimento ao disposto no art. 4º, inciso XVII, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, o Ministério da Fazenda deverá ser ouvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em relação à revisão e ao reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde.

Disponível em: <<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/servlet/INPDFviewer?jornal=1&pagina=33&data=27/12/2005&captchafield=firstAccess>>.

[3] Nesse sentido, ver estudo realizado por Andrade et al (2015) que caracterizou 96 mercados relevantes de planos de saúde no Brasil, dentre os quais 82% apresentaram estruturas concentradas para o caso de planos individuais. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_estruturaconcorrencianosetordeoperadorasdeplanosdesaudenobrasil.pdf>.



Documento assinado eletronicamente por **Ana Patriza Gonçalves Lira Ribeiro, Subsecretário(a)**, em 01/06/2023, às 12:55, 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)**, em 01/06/2023, às 15:49, 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 **Marcos Barbosa Pinto, Secretário(a)**, em 02/06/2023, às 20:07, 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 **34151868** e o código CRC **0C3E9F6E**.