



Nota Técnica SEI nº 49150/2020/ME

Assunto: Reajuste de planos de saúde para o biênio 2020-2021.

Em resposta ao Ofício nº 202/2020/DIPRO, de 26 de junho de 2020, junto à Nota Técnica nº 1/2020/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO e à Nota Técnica nº 2/2020/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, encaminhadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acerca do assunto em tela, esta Secretaria vem tecer as considerações a seguir.

1 DA REGULAÇÃO ECONÔMICA DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

1. O mercado de saúde suplementar possui, basicamente, três categorias de planos de assistência à saúde que exigem, por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a adoção de políticas diferenciadas para o reajuste anual das mensalidades. De acordo com a legislação vigente, há regras distintas para o reajuste da mensalidade dos planos contratados por pessoas físicas (planos individuais/familiares), dos planos contratados por pessoas jurídicas (planos coletivos) e dos planos individuais exclusivamente odontológicos.

2. Para os planos individuais novos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica, que são aqueles contratados após 02 de janeiro de 1999, quando passou a vigorar a Lei nº 9.656/98, a operadora depende da aprovação prévia da ANS para aplicar o reajuste anual. Ressalta-se, porém, que a precificação do prêmio no momento inicial de comercialização do plano não é submetida à regulação. Ou seja, regula-se a variação dos preços, mas não os preços iniciais dos planos.

3. No caso dos planos individuais antigos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica, que são aqueles contratados anteriormente a 1999, existe liminar concedida pelo Supremo Tribunal Federal (ADIN nº 1931-8, de 03 de setembro de 2003) que permite às operadoras aplicarem a regra de reajuste estabelecida no contrato assinado entre a pessoa física e a operadora. Portanto, para estes planos, o reajuste não depende de autorização prévia da ANS. Todavia, caso a regra de reajuste prevista no contrato não seja clara, o reajuste anual deve estar limitado ao reajuste máximo estipulado pela ANS ou estabelecido em Termo de Compromisso com a Agência.

4. Conforme estabelecido na Resolução Normativa nº 156, de 08 de junho de 2007, planos coletivos contratados por pessoas físicas junto a operadoras de autogestão sem mantenedores seguem as mesmas regras de reajuste dos planos individuais/familiares. Dessa forma, as autogestões sem mantenedores também precisam obter a autorização da ANS para aplicar o reajuste, desde que esses planos sejam também considerados planos novos.

5. Segundo a Resolução Normativa ANS nº 172, de 08 de julho de 2008, os planos exclusivamente odontológicos, devido às suas especificidades, não dependem de autorização prévia da ANS para a aplicação de reajustes, desde que o contrato contenha cláusula de reajuste que estabeleça, de forma clara, um índice de preços (IGP-M, IPCA, etc.). 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).

6. Portanto, na prática, os planos efetivamente sujeitos ao reajuste máximo estabelecido pela ANS são os planos individuais ou familiares novos (pós-1999), exceto os exclusivamente odontológicos, e os planos coletivos contratados por pessoas físicas junto a operadoras de autogestão sem mantenedores. O Quadro 01 a seguir apresenta as segmentações de planos de saúde relevantes para a diferenciação do reajuste anual.

Quadro 01 - 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	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.

7. O contingente de beneficiários de planos sujeitos à aplicação do reajuste (planos médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica, de contratação individual ou familiar, contratados na vigência da Lei nº 9.656/98, além dos beneficiários que adaptaram seus contratos à referida lei) é de 17,03% do total de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares (exceto os exclusivamente odontológicos), conforme apresentado no Quadro 02. Para o segmento individual, o reajuste pode ser aplicado no máximo uma vez por ano, na data de aniversário do contrato.

Quadro 02 – Beneficiários de Planos Individuais, Segundo a Época de Contratação, em junho de 2020

	Total	Participação em relação ao total
Total de beneficiários de planos de saúde	46.723.985	-
Beneficiários de planos individuais	8.937.798	19,13%
Anterior à Lei 9.656/98	978.864	2,09%
Posterior à Lei 9.656/98*	7.958.934	17,03 %

Fonte: Sistema de Informação de Beneficiários/ANS – Acesso em outubro/2020. Elaboração própria.

*Nota: representa o total de beneficiários sujeitos à regulação de preços da ANS.

8. A autorização dos reajustes e das revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados individuais de assistência à saúde deve ser precedida de consulta ao Ministério da Economia, por força do inciso XVII do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

9. A ANS submete anualmente à apreciação deste Ministério o valor percentual máximo de reajuste fixado para os planos individuais. Até 2018, a metodologia adotava uma medida de tendência central dos reajustes aplicados pelos planos coletivos com 30 vínculos ou mais nos doze meses anteriores, informados à Agência pelas operadoras. No reajuste de 2008-09 e 2009-10, utilizou-se a tri-média, de 2017-18 e 2018-19, aplicou-se a moda e, nos demais períodos, a média ponderada sobre os reajustes dos planos coletivos. A *rationale* econômica embasava-se no modelo *Yardstick Competition*, que consiste em utilizar o desempenho de firmas semelhantes a fim de estabelecer um parâmetro para que as firmas reguladas possam ser avaliadas. Assim, a Agência partia do pressuposto de que os reajustes aplicados pelos planos coletivos deveriam refletir suas variações de custos médico-hospitalares, sendo estas últimas exatamente as mesmas daquelas observadas para planos individuais e coletivos. Segundo entendimento da Agência, a partir do pressuposto de que os contratantes de planos coletivos possuem maior poder de barganha, haja vista o número elevado de vínculos que oferecem, a utilização do reajuste médio observado entre os planos coletivos para fixar o reajuste máximo autorizado para os planos individuais seria um comparador mais eficiente para implementar o modelo *Yardstick Competition*.

10. Na aplicação da metodologia descrita acima, a Agência excluía da base de dados, além dos contratos com menos de 30 vínculos, os que envolviam operadoras inativas, os que utilizavam retroalimentação (planos coletivos que aplicaram valores iguais ao reajuste ANS do ano anterior); os que realizavam alterações no fator moderador^[1] (franquias e copagamentos); os que realizaram comunicados de reajuste apresentados pelas operadoras à ANS com irregularidades; e os que apresentaram observações atípicas, por meio da metodologia do *interquartile range* (IQR).

11. A Nota Técnica nº 90/2020 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) dispôs que, a rigor, o reajuste não se equipara ao tabelamento do valor nominal dos planos individuais, pois apenas estabelece um teto fixado anualmente sobre a variação das contraprestações pecuniárias, o que não corresponde a um controle de preços *stricto-sensu*. Segundo o IPEA:

A antiga metodologia de cálculo do reajuste dos planos individuais da ANS era cercada de controvérsias: inspirada no modelo de regulação por desempenho, criou-se a expectativa de que a aplicação dessa metodologia fosse capaz de reduzir custos e assimetrias de informação, bem como estimular a eficiência econômica.

Havia, no entanto, limites nesse modelo como a possibilidade de formação de conluio entre as firmas para influenciar o resultado, bem como a dificuldade de acesso a informações relacionadas ao custo, resultante da competição entre os agentes econômicos. De fato, identifica-se um problema nessa metodologia: não são considerados os custos dos planos coletivos, mas, sim, o aumento percentual de seu preço (Brasil, 2018).

12. Em 2018, a Agência iniciou um debate aberto sobre o estabelecimento de nova metodologia, a partir da realização da Audiência Pública (AP) nº 10/2018, realizada nos dias 24 e 25 de julho de 2018. O Relatório de Análise de Impacto Regulatório disponibilizado para subsidiar o evento apontava um conjunto de fragilidades do modelo de reajuste então empregado pela Agência:

- Defasagem temporal entre o período de apuração e de aplicação do reajuste, inclusive levando à necessidade de suplementar o cálculo, com estimativa do impacto de mudanças no rol estabelecido pela ANS de procedimentos cobertos;
- Impossibilidade de verificação externa do cálculo (baixa transparência, uma vez que apenas a ANS tinha acesso aos dados, e imprevisibilidade);
- Cálculo não baseado no perfil de risco da carteira individual. A Agência apontou que as diferenças existentes entre os mercados de planos individuais e coletivos dificultam sua comparação direta, ressaltando que o modelo *Yardstick Competition* se adequa melhor no mercado em que os produtos são mais semelhantes;
- Risco de vício estrutural (variações imprevistas – positivas ou negativas – por não se basearem nas variações de custos médico-hospitalares, apesar de a variação do preço dos planos coletivos ser evidentemente influenciada por tais custos): as diferenças entre variações de custos médico hospitalares entre coletivos e individuais podem gerar distorções no mercado, desincentivando a

comercialização caso os reajustes autorizados sejam inferiores à variação observada e criando poder de mercado em detrimento do consumidor caso o reajuste seja superestimado.

13. Segundo a Agência, a alternativa de metodologia de preços escolhida, após levantamentos do Grupo Técnico de Política de Preço em 2015 e revisão da Audiência Pública nº 13, de 13 de novembro de 2018, baseou-se no **Modelo Value Cap ponderado entre despesas assistenciais e não assistenciais**, a partir da definição de índice de variação das despesas assistenciais e não assistenciais dos planos individuais posteriores à Lei nº 9.656/98 com dedução da variação da receita por mudança de faixa etária e corrigindo-se a variação das despesas não assistenciais por um índice geral de preços. Esta alternativa foi resultado das contribuições recebidas na primeira Audiência Pública realizada demandando um modelo mais transparente.

14. Diante disso, o modelo *Value Cap*, adotado na proposta inicial da AP nº 10/2018, foi reformulado, incorporando uma ponderação entre despesas assistenciais e não assistenciais, o que resultou na publicação da Resolução Normativa nº 441, de 19 de dezembro de 2018. O novo modelo apresenta os seguintes critérios:

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

Em que:

IRPI = Índice 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 9.656/98;

IPCA Exp = Índice de Preços ao Consumidor Amplo expurgado do subgrupo 62 – Serviços de Saúde.

15. No entendimento desta SEAE, o novo modelo adotado ainda se enquadra na definição de *Yardstick Competition*, uma vez que o cálculo faz uma comparação do conjunto de operadoras de planos individuais, e a maior homogeneidade do produto é um pressuposto recomendável para sua adoção. Assim, aponta-se um avanço da metodologia, dado que as diferenças existentes entre os planos individuais e coletivos se mostraram suficientes para concluir que não são produtos diretamente comparáveis. Ainda que a metodologia utilize os custos passados das operadoras, o escopo do modelo não é a pura recomposição individual dos custos, o que, considerando a assimetria de informação existente, poderia criar incentivos à superestimação desses custos e ou à ineficiência.

16. Segundo a Nota Técnica nº 27/2018/GEFAP/GGREG/DIRAD-DIPRO/DIPRO, a ponderação foi baseada no Índice de Sinistralidade geral médio, estimado em cerca de 80%, conforme publicação do Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar. A sinistralidade resulta da divisão das despesas assistenciais pelas receitas de contraprestações, indicando a capacidade de pagamento das operadoras, e sua escolha como parâmetro de ponderação foi justificada pelo fato de o índice de reajuste recair sobre a receita, que deve ser suficiente para cobrir todas as suas despesas.

17. De acordo com a metodologia apresentada no Prisma para a estimação feita, ressaltamos que o Índice de Sinistralidade é referente ao resultado agregado das operadoras, que podem apresentar outras categorias de planos de saúde.

18. A metodologia voltada para as **despesas assistenciais** segue o modelo apresentado a seguir:

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

Em que:

IVDA = Índice de Variação das Despesas Assistenciais;

VDA = Variação das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei nº 9.656/98;

VFE = Fator de Variação da Receita por Reajuste de Faixa Etária dos planos individuais

médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei 9.656/98;

FGE = Fator de Estímulo a Ganhos de Eficiência.

19. O Índice de Variação das Despesas Assistenciais (IVDA) é composto por três variáveis, sendo a primeira a **Varição das Despesas Assistenciais (VDA)**. De acordo com a metodologia apresentada, a forma de cálculo da VDA é:

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

Em que:

i = Operadora i;

t = último trimestre com dados disponíveis do DIOPS 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 9.656/98 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 9.656/98 da Operadora;

BEN total = Média de beneficiários dos planos individuais de cobertura médico hospitalar regulamentados pela Lei 9.656/98 no período de 12 meses que antecede o cálculo do reajuste do mercado.

20. Em relação à metodologia da Variação das Despesas Assistenciais, ressaltam-se duas diferenças principais entre a nova proposta e o modelo inicial apresentado na AP nº 10/2018. A primeira está no valor das despesas utilizadas. O modelo anterior não especificava quais custos dos planos individuais médico-hospitalares entravam no cálculo, entendendo-se que se utilizava o valor total das despesas de planos individuais, enquanto a nova proposta evidencia apenas o valor das despesas assistenciais, possibilitando maior clareza para a replicação do modelo.

21. A segunda está relacionada à própria metodologia, uma vez que a proposta inicial da primeira audiência realizada pela Agência usava o valor agregado das despesas per capita médico-hospitalares dos planos individuais de dois períodos. A nova proposta utiliza o somatório da variação de despesas de cada operadora, ponderada pela parcela de nº de beneficiários individuais em relação ao total de beneficiários de planos individuais do período mais recente.

22. Desta forma, a ponderação da variação de despesa assistencial per capita deixa de ser pelo montante de custos e passa a ser pelo número de beneficiários do último período. Assim, o novo critério proporciona uma melhor representatividade do setor de planos individuais, evitando que elevadas despesas de operadoras pouco representativas impliquem em um aumento desproporcional no valor final do reajuste.

23. A segunda variável que compõe a fórmula de cálculo do IVDA é o **Fator de Estímulo a Ganhos de Eficiência (FGE)**, proposta da ANS que se aproximaria ao Fator X na teoria econômica. O Fator X é utilizado em um modelo de regulação “*price-cap*”, em que o reajuste do preço da empresa regulada é composto por um índice de preços e este é subtraído de uma estimativa de seus ganhos de produtividade, que é o Fator X (Bernstein e Sappington, 1999).

24. Para o estabelecimento desse parâmetro de eficiência, compararam-se os resultados das variações das despesas assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares de cada operadora (VDA) com a tendência de variação de despesas do setor. O cálculo é realizado nas seguintes etapas:

1. 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.

2. Identifica-se o terceiro quartil (Q3), medida que delimita os 25% (vinte e cinco por cento) maiores valores da VDA.
3. Calcula-se as distâncias entre a VDA das Operadoras acima do Q3 e o próprio Q3.
4. Pondera-se as distâncias das operadoras acima do Q3, conforme fórmula a seguir:

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

Em que:

VDA OPS_i = Variação das despesas assistenciais da Operadora i com VDA acima do 3º quartil.

5. Calcula-se a proporção entre a "Distância ano a" e a VDA média ponderada do ano (apurada conforme critérios do Anexo II).
6. Em seguida, calcula-se a média geométrica dos quatro períodos. O cálculo da média objetiva torna o fator mais estável, com previsão de revisão a cada quatro anos.

25. No modelo inicial apresentado na AP nº 10/2018, o fator de produtividade derivava de indicadores gerais da economia, desconsiderando as especificidades do setor de saúde suplementar, a fim de evitar elevadas flutuações do comportamento sazonal do setor, porém seu resultado pode não ser suficientemente correlacionado com o setor de saúde suplementar, especificamente para os planos individuais. Assim, no intuito de minimizar esse problema, o modelo final definido tem como escopo estimular o aumento da eficiência na gestão das operadoras de planos individuais, além de repassar aos consumidores parte deste aumento. Este é uma típica regulação por *Yardstick Competition*, uma vez que o regulador utiliza dados das despesas de todas as empresas para regular os preços de forma que se mimetiza uma espécie de competição entre elas. Este tipo de mecanismo visa gerar incentivos parecidos a uma situação de competição mais ampla nacional entre todas as firmas.

26. O cálculo da média do FGE para os quatro anos, como a ANS coloca, objetiva reduzir ainda mais a influência de *outliers*. Nesse aspecto, cabe notar que a periodização do cálculo em quatro anos é razoável.

27. Em relação à adoção da média geométrica, a Agência esclareceu à SEAE que esta preserva o produto dos números de série, além de ser utilizada, em matemática financeira, para o cálculo de taxas equivalentes (aquelas capazes de produzir o mesmo montante ao final de um período), mesmo com um número diferente de capacitações. Assim, considerando que o FGE é determinado pela razão de duas taxas – distância das VDA mais elevadas em relação ao próprio Q3 e a própria VDA – a agência concluiu que a média geométrica seria a medida mais adequada para medir a tendência dos quatro anos.

28. Uma ressalva que pode ser levantada na proposta da ANS é o fato de que nem todo aumento de custo representa ineficiência, ao menos no caso da assistência à saúde. Em outros setores, principalmente na indústria, existe um produto final que pode ser relacionado a quantidades exatas de insumos. Em saúde, a multiplicidade de estados iniciais, tratamentos e estados finais dificultam a análise de eficiência pelos custos/despesas sem vinculação com o serviço executado.

29. Como contraponto, a adoção desta *proxy* pode ser justificada em parte, dado que uma parcela das despesas assistenciais é gerenciável pelas operadoras, mediante negociação direta com profissionais e com a rede credenciada, *benchmarking* entre suas respectivas prestadoras e entre outras operadoras, uso de *big data* e inteligência artificial, além de ações complementares, como investimento em políticas de prevenção e de promoção da saúde e em programas de certificação de boas práticas em assistência à saúde.

30. Segundo a Agência, as alternativas estudadas para definir a metodologia do índice de produtividade apresentaram limitações, inclusive relacionadas aos dados disponíveis. Ademais, os efeitos de elementos não gerenciáveis elevam as variações de despesas assistenciais como um todo, elevando também o valor do 3º Quartil, sendo, portanto, absorvidos pela construção endógena do modelo. A Agência também entende que o FGE incentiva as operadoras de planos de saúde a aperfeiçoarem seu

gerenciamento sobre a VDA, adequarem o uso dos serviços médicos, e a revisarem formas de remuneração de prestadores e programas de promoção à saúde e prevenção de doenças.

31. A ANS apontou que a metodologia do FGE não exclui dos seus efeitos o estímulo à eficiência de operadoras de grande porte. Em primeiro lugar, porque o cálculo do FGE inclui tanto operadoras de grande porte como de pequeno porte. Em segundo lugar, porque, ao estabelecer um índice de eficiência único, todas as operadoras serão incentivadas a buscar eficiência acima do parâmetro estabelecido. Entretanto, ponderam-se as considerações feitas pelo IPEA sobre a metodologia deste Fator X a seguir:

Eficiência não é apenas a distância entre um ponto da distribuição das despesas e alguma medida de tendência central (média, mediana ou moda) ou de dispersão (intervalo interquartilico), ou de qualquer outro ponto arbitrário dessa distribuição. Antes, é um conceito que em suas diversas modalidades (eficiência técnica, eficiência de escala, eficiência alocativa e seus desdobramentos) procura medir a relação entre custos e benefícios ótimos nos processos produtivos dos agentes econômicos. A VDA é tão somente uma média ponderada de despesas assistenciais, que não considera o conjunto de custos (ou insumos) e benefícios (ou produtos) gerados nas atividades das operadoras de planos de saúde. Não há como falar de eficiência a partir de valores relativamente elevados ou baixos da VDA, se desconectada dos produtos que geraram as despesas.

[...]

Nesse cenário, não vislumbramos uma justificativa baseada em teoria econômica para a adoção do terceiro quartil da distribuição da variável de desempenho como base para o cálculo do *benchmark*. A distribuição da eficiência estimada em alguns dos métodos não paramétricos mais comuns (DEA, *free disposal hull* e índice de Malmquist) é desconhecida, porque provém de um processo de geração de dados desconhecido nesses métodos baseados em programação matemática (Bogetoft e Otto, 2011). No caso dos métodos paramétricos, notadamente SFA, a distribuição da eficiência é, de modo usual, suposta normal – truncada, meia-normal, exponencial ou gama. Portanto, a posição de cada unidade produtiva no ranking dos escores é indeterminada *ex-ante*, dependendo de estimação nos modelos, com base nos dados. Não parece razoável fixar o *benchmark* em posição definida a priori por algum percentil da distribuição dos escores.

[...]

O que propomos nesta nota é rever o FGE para que: i) se baseie em medidas de eficiência consagradas na literatura, seja usando DEA, seja usando SFA; ii) utilize efetivamente uma fronteira de eficiência em vez de uma eficiência “média” (que, a rigor, nem média é), especialmente se for mantido o caráter retrospectivo da fórmula; iii) requeira menores ganhos de eficiência (menores X) dos agentes que já estão na fronteira ou mais próximos dela, e maiores ganhos (maiores X) dos mais ineficientes – os valores de X podem ser individuais ou por grupos (clusters); e iv) se, ainda assim, persistir a opção pelo desempenho médio, que os desempenhos próprios dos agentes sejam estornados do cômputo da fórmula, para que eles não tenham o condão de afetar o resultado dela, o que seria um incentivo perverso.

Também propomos que sejam abertas as discussões – na medida em que haja condições políticas para tal – no sentido de: i) atribuir às operadoras apenas metas de desempenho dentro do que lhes cabe fazer, isto é, perseguir a sua eficiência operacional na gestão de suas carteiras e redes de prestadores; ii) desenvolver uma metodologia que permita aferir o desempenho, com vistas – em um prazo não muito distante – à adoção de YC também no âmbito dos prestadores, principalmente hospitais e clínicas, os quais, de acordo com Carrington, Coelli e Rao (2011), oferecem as maiores oportunidades de crescimento da produtividade setorial.

32. Dado o exposto, em 2019, esta SEAE sugeriu que se avaliasse o estabelecimento de um dos critérios do fator de produtividade com base na adesão do setor regulado às iniciativas da Agência para promover uma melhor gestão das operadoras, a fim de proporcionar um maior incentivo para o ganho de produtividade, como prevê a Resolução Normativa nº 440, de 13 de dezembro de 2018.

33. Em resposta à contribuição desta Secretaria acerca desse tema, a ANS, por meio da Nota Técnica nº 5/2019/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, dispôs que:

Inicialmente, cumpre informar que durante a fase da elaboração da metodologia, a Agência discutiu em Câmaras Técnicas, Grupos Técnicos, Audiências Públicas e reuniões específicas com representações de diversos segmentos da sociedade, formas de estabelecer um parâmetro de eficiência para as operadoras de planos de assistência à saúde individuais. As alternativas perpassaram por modelos baseados na Análise de Envoltória de Dados, índices de produtividade da economia até índices de produtividade da saúde privada. As limitações identificadas na aplicação dessas metodologias à saúde suplementar culminaram na elaboração de um parâmetro baseado no comportamento das despesas assistenciais das operadoras.

Conforme esclarecido no item anterior, os parâmetros da metodologia de reajuste serão revistos a cada quatro anos, o que inclui a revisão do FGE. De qualquer forma, vale esclarecer alguns aspectos da metodologia:

- O FGE estabelece como parâmetro de eficiência uma medida de afastamento em relação a tendência central da variação das despesas assistenciais (o terceiro quartil da VDA);

- Não obstante o fato de ter sido utilizado o desempenho passado das firmas, a utilização de dados limitados ao ano de 2017 fez-se necessária para conhecimento da tendência dos custos assistenciais que definiriam o parâmetro de eficiência, trazendo, sobretudo, previsibilidade para o setor regulado quanto à medida de desempenho estabelecida. Destaque-se ainda que durante os debates da Audiência Pública nº 13/2018, houve reconhecimento das dificuldades para formulação de modelos preditivos para o setor;

- Em relação aos incentivos, destaque-se que a análise de comportamento da VDA das Operadoras entre 2014 e 2017 revela que existe uma maior concentração de operadoras com menor número de vínculos na faixa acima do terceiro quartil. Considerando que o modelo de financiamento do setor é baseado na divisão de riscos, grandes variações de custos tendem a ser verificadas em operadoras com menor quantidade de beneficiários. Essa característica reforça a escolha de uma medida de eficiência baseada no afastamento das operadoras em relação à tendência central da VDA, evitando que a mesma seja impactada por oscilações que não reflitam o comportamento dos custos setoriais;

- O FGE não isola do seu cálculo o impacto da VDA de operadoras de maior porte que tenham se afastado do comportamento médio do setor. O cálculo do FGE inclui tanto operadoras de grande porte como de pequeno porte e aquelas que apresentarem variação de despesas acima do parâmetro estabelecido (VDA - FGE) também serão incentivadas a buscar eficiência.

34. Finalmente, no que concerne às despesas assistenciais, a terceira variável que compõe o cálculo do IVDA é o **Fator de Variação da Receita por Reajuste de Faixa Etária dos planos individuais médico-hospitalares (VFE)**. Esse Fator tem por objetivo 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.

35. Dito isso, houve alteração no cálculo final do fator de variação da receita por mudança de faixa etária, dado que passou a se utilizar a comparação do nº de beneficiários em cada faixa etária em dois períodos consecutivos. A proposta anterior fazia uma previsão da mudança de faixa etária apenas dos beneficiários fronteira, *ceteris paribus*. O modelo inicial não considerava, portanto, o fluxo de entrada de novos beneficiários e de saída de beneficiários antigos em cada faixa, o que enfraquecia sua capacidade preditiva. A fórmula de cálculo é apresentada a seguir:

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

Em que:

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

Receita = multiplicação do 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; e

Receita per capita = divisão do total da receita pelo número total de beneficiários de cada período.

36. Uma vez apresentadas as considerações acerca das despesas assistenciais que compõem a fórmula de reajuste, importa agora apresentar os apontamentos em relação às despesas **não assistenciais**.

37. Para a recomposição de custos para as despesas não assistenciais, a ANS decidiu pela utilização do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), expurgando os efeitos do item 6.203 – “Planos de Saúde”, a fim de evitar a retroalimentação do item.

38. No grupo 6, “Saúde e cuidados pessoais”, há três grandes subgrupos, a saber: 6.1 – “Produtos farmacêuticos e óticos” (em maio de 2019 apresentou peso no índice amplo e de 3,6254%), 6.2 – “Serviços de saúde” (5,9714%) e 6.3 – “Cuidados pessoais” (2,5420%). No subgrupo “Serviços de saúde” os itens agregados são: 6.201 – “Serviços médicos e dentários” (1,1622%), 6.202 – “Serviços laboratoriais e hospitalares” (0,6012%) e 6.203 – “Planos de saúde” (4,2080%). Vale notar que a variação dos preços de planos de saúde responde por 66% do peso total do subgrupo “Serviços de saúde”.

39. A estimação do item “Planos de saúde” é feita a partir da coleta mensal do percentual de reajuste aplicado sobre os contratos que fazem aniversário no mês da pesquisa das operadoras com maior representatividade em termos de número de beneficiários. Segundo o Guia do IBGE:

O percentual informado, em geral, baseia-se no reajuste fixado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Um reajuste anual é normalmente fixado no mês de maio com vistas a vigorar nos 12 meses seguintes. A aplicação tem início para os usuários de acordo com a data de aniversário de cada plano. Assim, se o início da aplicação ocorre em junho de um ano, em julho do ano seguinte todos os contratos serão reajustados.

O reajuste a incidir sobre os contratos, passa pelas seguintes etapas:

- pesquisa-se a amostra de operadoras em cada região considerada;
- identificam-se quais os planos novos (aqueles posteriores a 1º de janeiro de 1999) e os planos antigos (anteriores a essa mesma data);
- calcula-se, por operadora, a variação total média anual ponderada pelas participações dos planos novos e antigos, conforme informação obtida junto à ANS;
- extrai-se a raiz 12 do valor obtido no item anterior, chegando-se, assim, à variação média mensal, por operadora; e
- aplica-se a média geométrica sobre as variações mensais de todas as operadoras da região.

40. O índice IPCA expurgado passa pelo processo de nova ponderação, realizando a soma dos pesos que permaneceram no índice, e em seguida divide-se o peso inicial dos subgrupos remanescentes pelo somatório resultante. Enfim, as variações mensais de cada subgrupo são multiplicadas pelo novo peso respectivo.

3 DO REAJUSTE CALCULADO PARA O BIÊNIO 2020-2021

41. No que diz respeito à apuração do resultado do reajuste previsto para o biênio 2020-2021, conforme a metodologia apresentada, utilizando os dados do 4º trimestre dos anos 2018 e 2019, a ANS disponibilizou os valores apresentados na Tabela 01 a seguir:

Tabela 01 – Composição do Cálculo de Reajuste previsto para 2020/2021

Índices	Valor
<u>IVDA</u>	<u>9,14%</u>
VDA	11,91%
FGE	1,06%
VFE	1,54%
<u>IPCA Expurgado</u>	<u>4,13%</u>
IRPI	8,14%

Fonte: ANS

42. Dessa forma a Nota nº 002/2020/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, indicou o percentual de **8,14% (oito vírgula quatorze por cento) como o reajuste máximo autorizado para o biênio 2020-2021 dos planos de saúde sujeitos a esta regulamentação** para deliberação da Diretoria Colegiada da ANS, submetendo este valor à apreciação não vinculante do Ministério da Economia, conforme o inciso XVII do Art. 4º da Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000.

3.1 DO IMPACTO DO REAJUSTE NA INFLAÇÃO

43. A Tabela 02 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. Os reajustes máximos autorizados pela ANS situam-se historicamente acima do IPCA-Geral acumulado no período, o que se deriva do envelhecimento da população segurada e do crescimento do número de tratamentos disponíveis.

Tabela 02 - Comparação Reajuste Planos de Saúde e IPCA

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
IPCA acumulado em 12 meses (março)	5,60%	5,17%	6,30%	5,23%	6,59%	6,15%	8,13%	9,39%	4,57%	2,68%	4,58%	3,30%
Reajuste ANS	6,76%	6,73%	7,69%	7,93%	9,04%	9,65%	13,55%	13,57%	13,55%	10,00%	7,35%	8,14%
Diferença Relativa*	1,21	1,30	1,22	1,52	1,37	1,57	1,67	1,45	2,96	3,73	1,61	2,46

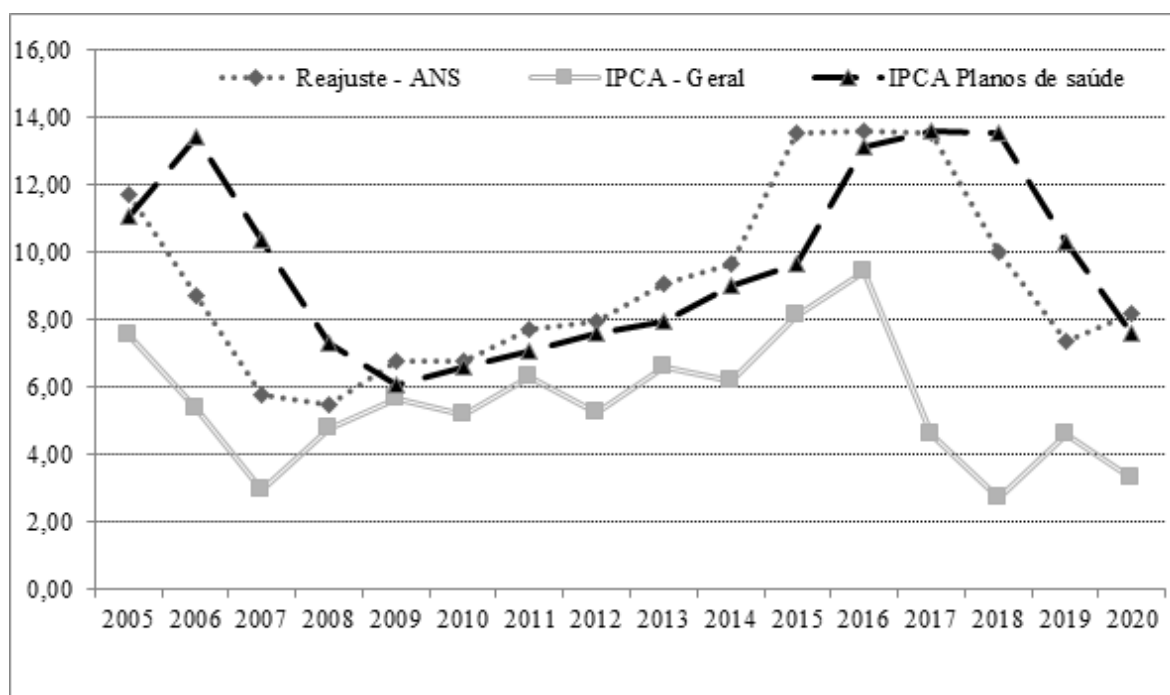
Fonte: Dados ANS e IBGE. Elaboração própria.

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

44. O Gráfico 01 abaixo compara o reajuste da ANS com as variações apuradas pelo IPCA-Geral e pelo item 'planos de saúde' do IPCA, considerando o índice acumulado nos últimos 12 meses e tomando como referência o mês de março. A análise do gráfico permite notar que o reajuste autorizado pela ANS e o item referente a 'planos de saúde' do IPCA mantiveram-se significativamente acima do IPCA-Geral ao longo da série.

45. Observa-se ainda que no período de 2008 a 2018, o reajuste definido pela ANS tem se mantido superior ao IPCA acumulado dos planos de saúde. Essa tendência começou a se inverter a partir de 2017 e apresentou valor inferior em 2018. Ressalta-se a tendência de queda do reajuste nos últimos dois anos, enquanto o IPCA geral voltou a subir a partir de 2018.

Gráfico 01 – Inflação e Reajuste dos Planos de Saúde (em %)*



Fonte: ANS e IBGE. Elaboração própria.

*Nota 1: Valores da inflação acumulada em 12 meses, sendo março o mês de referência

4 DA ANÁLISE SUPLEMENTAR

4.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO DOS DADOS PELA ANS

46. A análise sobre os dados financeiros incluiu operadoras do tipo de contratação individual/familiar, com cobertura assistencial médico-hospitalar, posteriores à Lei nº 9.656/1998, com preço pré-estabelecido, das modalidades cooperativa médica, medicina de grupo, filantrópica ou seguradora. A partir do resultado, os filtros específicos aplicados sobre os dados utilizado pela ANS estão listados a seguir:

- Foram consideradas apenas operadoras com sequência ininterrupta de pelo menos um vínculo ativo e com média de 12 meses maior que um vínculo ativo para os dois anos analisados;
- Assumiu-se o saldo final das demonstrações contábeis relativas ao 4º trimestre como o valor acumulado ao longo de cada ano;
- Foram desconsiderados os valores referentes às contas contábeis do “Sistema Único de Saúde (SUS)” por não apresentarem detalhamento sobre o tipo de contratação em 2018. Segundo a ANS, os valores representam apenas 0,60% do total de despesas assistenciais em 2018, reiterando sua imaterialidade;
- Foram excluídas operadoras com ressalvas nas despesas assistenciais, tais como o não envio de parecer de auditoria ou ressalva de auditores sobre as contas de despesas assistenciais;
- Foram incluídas as operadoras que apresentaram saldo nas contas contábeis de corresponsabilidade cedida (código 31171) ou corresponsabilidade assumida (código 3111X26), mediante detalhamento requisitado pela RN ANS nº 446/2019;

47. A corresponsabilidade acontece quando um beneficiário com plano contratado em um local específico passa a usar a rede de outra operadora segundo acordo estabelecido entre as OPS; prática recorrente no intercâmbio do Sistema Unimed (cooperativas médicas). A RN nº 430, de 07 de dezembro de 2017, regulamentou o tratamento habitual de tais despesas como corresponsabilidade assumida ou transferida.

48. As contas contábeis supracitadas ainda não estavam desagregadas por tipo de contratação, e apresentaram significativa aderência até o ano passado, contudo, diante da publicação da RN nº

446/2019, esta Secretaria reconhece que a Agência cumpriu a recomendação sobre a exigência de desagregação das contas de corresponsabilidade às operadoras com efeito retroativo para 2018. Tal necessidade se deu pelo fato de que o modelo utiliza valores das contas nos dois anos anteriores ao reajuste, evitando que a mesma situação fosse repetida no atual exercício.

49. Segundo a Agência, das 21 operadoras que atualizaram seus dados contábeis, 19 são cooperativas médicas, permitindo retificação dos dados sem prejuízo da análise de relatórios de auditorias sobre as demonstrações contábeis e exclusão de operadoras com ressalvas. Tais atualizações tiveram um impacto redutor de 2,36 pontos percentuais na VDA (passando de 14,27% para 11,91%).

4.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A REPLICABILIDADE DO MODELO

50. 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^[2], de modo a assegurar a atratividade dos investimentos no setor. Sendo assim, o estabelecimento de uma metodologia normatizada (RN nº 441/2018) e replicável representa um avanço significativo da atuação da Agência no mercado regulado de planos de saúde privados individuais e familiares.

51. Para o cálculo da VDA, a Agência disponibilizou os dados do número de beneficiários em seu sítio eletrônico^[3] informando os filtros necessários para utilização das informações financeiras das operadoras integrantes do modelo. Entretanto, esta Secretaria identificou que a Nota Técnica nº 01/2020 da Agência não descreveu os critérios para retirada dos *outliers* da base informada, o que resultou em uma base final de 298 operadoras.

52. Em consulta direta à Agência, esta Secretaria identificou que foram retiradas 52 operadoras que tiveram VDA acima do 3º quartil e abaixo do 1º quartil do modelo. Além disso, há divergências entre a base de demonstrações contábeis adotada pela ANS para aplicação do cálculo e a base disponibilizada de forma pública no sítio eletrônico, em decorrência da frequência de atualização dos dados no sítio eletrônico, comparado à base interna da Agência. Enfim, houve também divergências entre a média trimestral disponibilizada no sítio eletrônico, apenas com números inteiros e a base interna da Agência que utiliza valores com casas decimais. 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.

53. Os dados para o cálculo do VFE (Tabela 03) foram retirados da página do Tabnet^[4] e do Painel de Precificação: Plano de Saúde 2018. Ressalta-se que os valores disponibilizados podem sofrer alterações, mas, nesse caso, a Nota Técnica nº 02/2020 da Agência disponibilizou a base utilizada, extraída em 11/06/2020, garantindo a replicabilidade do cálculo desse fator.

Tabela 03 – Replicação do cálculo do VFE

Faixa Etária	2018	2019	D	E	F	G	H	I	VFE
00 a 18 anos	2.523.037	2.497.165	0,00%	100,00	252.303.725,00	249.716.450	259,841	263,912	1,57%
19 a 23 anos	430.066	428.199	20,10%	120,10	51.650.956,63	51.426.730			
24 a 28 anos	476.117	462.387	15,30%	138,48	65.930.409,79	64.029.179			
29 a 33 anos	534.386	511.922	12,90%	156,34	83.545.166,42	80.033.098			
34 a 38 anos	557.308	536.408	11,50%	174,32	97.148.523,96	93.505.331			
39 a 43 anos	482.852	484.112	15,60%	201,51	97.299.933,40	97.553.837			
44 a 48 anos	406.494	402.029	24,90%	251,69	102.309.336,69	101.185.616			
40 a 52									

47 a 53 anos	395.062	380.023	26,10%	317,38	125.383.969,77	120.610.688		
54 a 58 anos	413.340	412.073	28,30%	407,20	168.310.050,08	167.794.337		
59 anos ou mais	1.822.180	1.897.139	40,90%	573,74	1.045.454.867,37	1.088.461.745		

54. Enfim, 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 [5], Tabela 1419 – Variação mensal, acumulada no ano, acumulada em 12 meses e peso mensal, para o índice geral, grupos, subgrupos, itens e subitens de produtos e serviços a partir de 2012, 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. Assim, exclui-se os valores do item 6.203 – “Planos de Saúde”, recalibrando os demais para que somem 100%. A partir disso, multiplica-se as variações mensais de cada componente para somar o IPCA Geral resultante, conforme Tabela 04, abaixo.

Tabela 04 – Replicação do Cálculo do IPCA Expurgado

Mês	IPCA Geral Expurgado	IPCA acumulado no ano
Janeiro	0,29%	0,00%
Fevereiro	0,42%	0,71%
Março	0,75%	1,47%
Abril	0,56%	2,04%
Mai	0,10%	2,14%
Junho	-0,02%	2,12%
Julho	0,16%	2,28%
Agosto	0,11%	2,40%
Setembro	-0,07%	2,33%
Outubro	0,08%	2,41%
Novembro	0,51%	2,93%
Dezembro	1,17%	4,13%

55. Nesse sentido, recomenda-se que a Agência verifique a base disponibilizada para o cálculo da VDA para fins de transparência. Em relação ao cálculo do VFE e do IPCA expurgado, em que pese ter sido possível a replicação, é recomendável que os links estejam todos disponibilizados em um mesmo local, inclusive com o passo a passo detalhado nas notas técnicas.

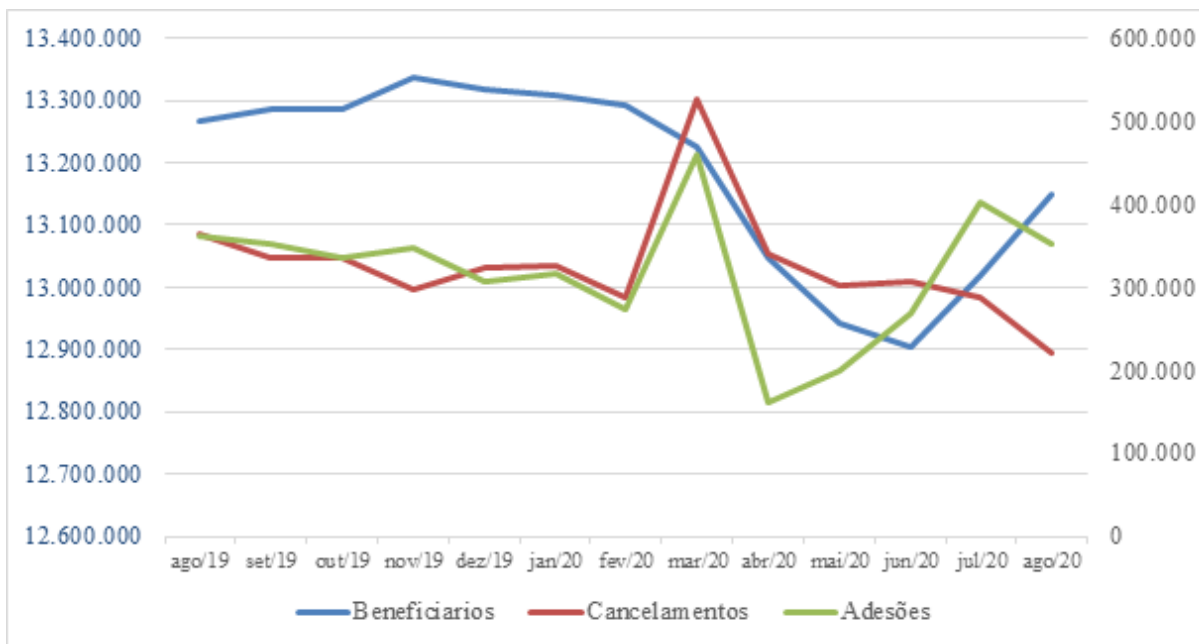
5 DA SUSPENSÃO DO REAJUSTE

56. No atual contexto de pandemia decorrente do COVID-19, a ANS adotou medidas relacionadas à cobertura de exames para detecção da COVID-19; à prorrogação temporária dos prazos máximos de atendimento para a realização de consultas, de exames, de terapias e de cirurgias não urgentes; à suspensão dos prazos de atendimento em regime de hospital-dia e de internações eletivas; a orientações para contribuir com a viabilização da telessaúde; à flexibilização de normas prudenciais; e a medidas temporárias no âmbito da fiscalização.

57. Diante disso, destacam-se os boletins de monitoramento dos impactos da pandemia, publicados desde maio de 2020, com periodicidade mensal, demonstrando a evolução do número de

beneficiários de planos privados de assistência à saúde médico-hospitalares que, em outubro de 2020, apresentou variação de 0,4% em relação ao mês anterior. Em relação à variação de beneficiários dos planos individuais, os dados da Sala de Situação da ANS mostraram uma redução de 169.319 (1,3% do total) beneficiários em 2020, considerando a diferença entre a quantidade de adesões e de cancelamentos de janeiro a agosto deste ano, conforme ilustra o Gráfico 02 abaixo:

Gráfico 02 – Beneficiários dos planos privados de assistência à saúde – agosto/2019 a agosto/2020

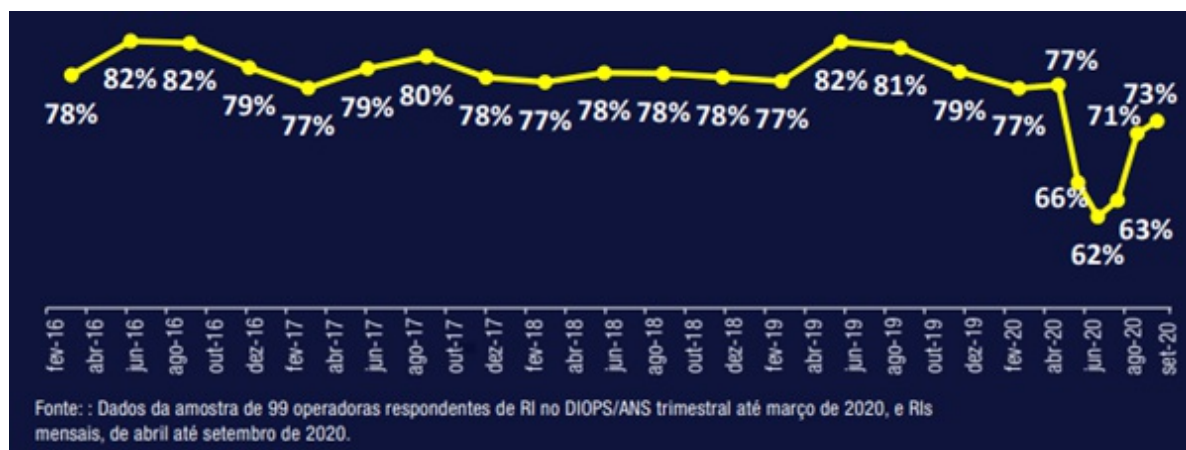


Fonte: ANS (elaboração própria)

Observação: adesões e cancelamentos constam como eixos secundários.

58. Ainda segundo o Boletim COVID-19^[6] de outubro de 2020, com base nas informações enviadas por 99 operadoras, houve significativa redução no índice de sinistralidade do setor durante o período de pandemia, em relação a anos anteriores (Gráfico 03). 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 03 – Índice de Sinistralidade de caixa



Fonte: ANS

59. No cenário apresentado, a ANS estabeleceu suspensão do reajuste por variação de custo (anual) e por variação de faixa-etária, por meio do Comunicado nº 85, de 31 de agosto de 2020, aplicado no período de setembro a dezembro de 2020. Segundo a Agência, “a medida é válida para os contratos de planos privados de assistência à saúde médico-hospitalar na modalidade de pré-pagamento e abarca todos os tipos de contratação, individual/familiar, coletivos empresariais e coletivos por adesão”.

60. 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. Faz-se importante pontuar também os riscos de tal abordagem, decorrente dos diferentes níveis de concentração de mercado no âmbito da saúde suplementar, que podem pressionar a sustentabilidade de operadoras em locais com condições desfavoráveis; além da falta de clareza sobre a forma em que as cobranças voltarão a ser feitas em 2021, resultando em possível impacto sobre os consumidores, que estarão sujeitos à aplicação de reajuste de dois anos consecutivos.

61. Entretanto, considerando que houve queda significativa na média anual do índice de sinistralidade, recomenda-se à ANS estimar qual a probabilidade de o reajuste referente ao ano de 2020 ter resultado negativo, 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.

6 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

62. O resultado apurado para o índice de reajuste dos planos individuais (IRPI) havia resultado em um valor de **8,14% (oito vírgula quatorze por cento)** para o período compreendido no biênio 2020-2021. Esse valor mostra-se acima da inflação acumulada em 12 meses calculada para o mês de março de 2020 (3,30%). Entretanto, o Comunicado nº 85/2020 estabeleceu suspensão sobre o reajuste anual e por faixa-etária, aplicada sobre os planos individuais e coletivos, cujos riscos de tal abordagem decorrem dos diferentes níveis de concentração de mercado no âmbito da saúde suplementar, que podem pressionar a sustentabilidade de operadoras em locais com condições desfavoráveis; além da falta de clareza sobre a forma em que as cobranças voltarão a ser feitas em 2021, resultando em possível impacto sobre os consumidores, que estarão sujeitos à aplicação de reajuste de dois anos consecutivos.

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

- Estimar a probabilidade de o reajuste aplicado aos planos individuais referente ao ano de 2020 ter resultado negativo; bem como o efeito esperado da suspensão 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;
- Buscar a revisão da metodologia do FGE para aprimorar a capacidade preditiva do modelo, haja vista a importância de se manter um fator de eficiência ou de produtividade como forma de se estimular a busca pela eficiência por empresas de setores regulados, considerando a possibilidade de criação de incentivos que estimulem a melhoria de gestão das operadoras, como o programa de certificação de boas práticas em assistência à saúde, e aumento de sua eficiência;

[1] Alterações no fator moderador estão relacionadas a mudanças do valor da coparticipação ou franquia pagas pelo beneficiário, de acordo com a utilização dos serviços de saúde, além da contraprestação contratada. O reajuste aplicado sobre a contraprestação destes planos é influenciado pela alteração do referido fator.

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

[3] Beneficiários: <https://dados.gov.br/dataset/beneficiarios-com-vinculos-ativos-por-tipo-de-contratacao-para-calculo-da-vda> - Acesso em outubro/2020

Despesas Assistenciais: <https://dados.gov.br/dataset/http-www-ans.gov-br-perfil-do-setor-dados-abertos-dados-abertos-disponiveis-n3> - Acesso em outubro/2020

Corresponsabilidade Cedida e Assumida: <https://dados.gov.br/dataset/demonstracoes-contabeis-quadros-auxiliares> - Acesso em outubro/2020

[4] http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_br.def - Acesso em outubro/2020

[5] <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/1419> - Acesso em outubro/2020

[6] https://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/co-vid_19/Boletim_COVID-19_ANS_outubro.pdf - Acesso em

À apreciação superior.

Documento assinado eletronicamente

JÉSSICA PORTAL MAIA

Coordenadora de Inovação e Saúde

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



Documento assinado eletronicamente por **Geanluca Lorenzon, Secretário(a) de Advocacia da Concorrência e Competitividade**, em 10/11/2020, às 16:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andrey Vilas Boas de Freitas, Subsecretário de Advocacia da Concorrência**, em 10/11/2020, às 16:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Piccoli Lins Cavalcanti, Coordenador(a)-Geral de Inovação, Indústria de Rede e Saúde**, em 10/11/2020, às 16:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jéssica Portal Maia, Coordenador(a)**, em 10/11/2020, às 16:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.fazenda.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **11570509** e o código CRC **E52E162D**.

Referência: Processo nº 10099.100617/2020-98.

SEI nº 11570509