

PROCESSO Nº: 33910.007457/2019-50

## NOTA TÉCNICA Nº 1/2019/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO

**ASSUNTO: VALOR DO FATOR DE GANHOS DE EFICIÊNCIA (FGE) A SER APLICADO NA FÓRMULA DE REAJUSTE DOS PLANOS INDIVIDUAIS NO QUADRIÊNIO 2019-2020-2021-2022**

A presente nota técnica tem como objetivo descrever os resultados do Fator de Ganhos de Eficiência – FGE a ser aplicado no cálculo do percentual máximo de reajuste que incidirá sobre as contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde médico-hospitalares de contratação individual ou familiar, contratados na vigência da Lei nº 9.656/98 ou a ela adaptados, para aplicação no quadriênio 2019, 2020, 2021 e 2022, conforme metodologia prevista na Resolução Normativa nº 441, de 2018.

### 1. INTRODUÇÃO

Conforme disposto no artigo 5º da Resolução Normativa nº 441, de 2018, o FGE 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 será calculado a cada quatro anos, com aplicação anual.

A metodologia de cálculo do FGE segue o disposto no Anexo III da RN nº 441, de 2018, aprovada pela Diretoria Colegiada da ANS em sua 498ª Reunião Ordinária, realizada em 18/12/2018, com fundamentação descrita na Nota Técnica nº 27/2018/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (Documento SEI nº 8683195) e com alterações detalhadas na Nota Técnica nº 30/2018/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (Documento SEI nº 10519901).

### 2. A IMPORTÂNCIA DO FATOR DE EFICIÊNCIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Na saúde suplementar, a introdução de um fator de eficiência torna-se importante pelas seguintes razões:

- Na ausência de um índice de eficiência, o cálculo do fator de reajuste ficaria restrito ao índice de recomposição de receita.
- 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.
- A estrutura de mercado das operadoras de planos de saúde individuais no Brasil é majoritariamente concentrada. Estudo realizado por Andrade *et al* (2015) caracterizou 96 mercados relevantes de planos de saúde no Brasil, dentre os quais 82% apresentaram estruturas concentradas para o caso de planos individuais ([http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/web\\_estruturadeconcorrencianosetordeoperadorasdeplanosdesaudenobrasil.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_estruturadeconcorrencianosetordeoperadorasdeplanosdesaudenobrasil.pdf)). 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.

### 3. CONCEITOS DE EFICIÊNCIA

Dentre os conceitos de eficiência existentes na teoria econômica, pode-se defini-la como a condição na qual as firmas existentes escolhem, para uma dada tecnologia e um nível de produção desejado, a combinação de insumos que minimize seus custos produtivos ou, alternativamente, maximizem a produção dos bens sujeitos às restrições de custo. Dito em outros termos, a eficiência seria a obtenção da mesma quantidade de produto que os métodos alternativos, ao menor custo possível.

Segundo Catermol (2004), o critério de eficiência alocativa diz que os recursos existentes em uma economia devem ser alocados de modo que permita ser extraído o benefício líquido máximo possível de seu uso. Pelo conceito de eficiência alocativa, um determinado resultado econômico é mais eficiente que outro se ele é superior de Pareto. Uma alocação é ótima (eficiente) no sentido de Pareto (1971) ao usar as possibilidades tecnológicas e os recursos iniciais de uma sociedade de forma que não haja qualquer modo alternativo para organizar a produção e a distribuição de bens que façam algum consumidor estar melhor sem fazer com que outro fique pior.

A condição de ótimo de Pareto se cumpre quando o maior volume de transações possíveis é realizado e a maior renda é gerada. Uma situação de ótimo de Pareto ocorre quando o preço dos bens produzidos iguala-se ao custo marginal dos mesmos. A qualquer preço superior (inferior) ao custo marginal seria vantajosa a produção de mais (menos) uma unidade de produto.

Um segundo conceito de eficiência é a eficiência técnica. Segundo Silva (1977) eficiência técnica significa obter a máxima produção para um dado conjunto de fatores, ou atingir dado nível de produção, utilizando uma menor quantidade de recursos.

Um dos desafios da saúde suplementar é a definição do produto que possibilite a mensuração de eficiência em termos de assistência à saúde aos beneficiários. Ademais, um aumento da produção de serviços de saúde não necessariamente implica em eficiência técnica, tampouco representa uma redução dos custos. A qualidade da assistência é outra variável importante na avaliação da eficiência, mas de difícil monetização.

O objetivo de mensurar eficiência de uma operadora de plano de assistência à saúde levou a Agência a estudar algumas alternativas, sendo uma das mais reconhecidas na literatura a Análise de Envoltória de Dados (DEA, em inglês). Resumidamente, a Análise de Envoltória de Dados consiste em um modelo de programação linear, no qual o padrão de eficiência de uma empresa é obtido pela comparação de desempenho com outras, de maneira que a referência não é obtida teórica ou conceitualmente.

Inspirada na avaliação de performance dos seguros saúde da Austrália (Carrington, Coelli e Rao, 2008) a Agência desenvolveu entre 2011 e 2014 um modelo DEA nos quais os "produtos" de uma operadora seriam "Beneficiários", "Contraprestações" e "Receitas Financeiras" e o insumo "Despesa Administrativa", constituindo, basicamente, uma função de produção de intermediação financeira (vide Nota 1241/2014/GGEFP/DIPRO em [http://www.ans.gov.br/images/stories/A\\_ANS/Transparencia\\_Institucional/agenda\\_regulatoria/NOTA\\_PRICECAP.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/agenda_regulatoria/NOTA_PRICECAP.pdf)).

Em 2015, em estudo contratado pela ANS junto a Organização Pan Americana da Saúde (*Documento técnico contendo a avaliação da metodologia e dos resultados do "Price Cap" desenvolvidos em estudos da ANS*) testou-se uma nova função de produção cujos "produtos" seriam "Beneficiários", "Receita Financeira" e "Prêmio per capita". Logo, ainda não havia variáveis relacionadas a assistência à saúde entre os "produtos" do modelo, constituindo uma limitação importante aos incentivos regulatórios de aprimoramento da gestão de despesas assistenciais.

Entre 2017 e 2018 foram analisadas alternativas de índices de produtividade da economia brasileira ou produtividade do trabalho da saúde privada. Tais alternativas apresentaram limitações em relação a falta de especificidade ou tipo de eficiência aplicável a uma operadora de planos privados de assistência à saúde.

Nesse contexto, surge a proposta de uma metodologia que meça eficiência a partir de um parâmetro da variação das despesas assistenciais das operadoras.

### 4. CONCEITO DE EFICIÊNCIA NO FGE

Toda medida de eficiência envolve a comparação do resultado alcançado com um resultado de referência (*benchmark*).

Segundo SPENDOLINI, apud GONÇALVES (1993), *benchmarking* é um processo de comparação entre empresas, produtos e serviços e práticas empresariais. Os modelos de *benchmarking* podem ser classificados como endógenos ou exógenos e dentre as principais técnicas estão a do representante médio (*average benchmark*) e melhor prática (*frontier benchmark*).

**Tabela 1 - Resumo das Técnicas de Benchmark**

Classificações do Benchmark	Técnicas	Exemplos
Endógeno: Baseado nos dados das próprias firmas reguladas ou Exógeno: Baseado em dados de outros mercados	Representante Médio ( <i>average benchmark</i> )	<i>Yardstick</i> ; Produtividade Total dos Fatores
	Melhor prática ( <i>frontier benchmark</i> )	Fronteira de Eficiência (DEA; SFA)

Fonte: Elaboração própria a partir de Gonçalves (1993)

O FGE é um modelo endógeno de *benchmarking*, no qual a eficiência média é determinada por um parâmetro da Variação das Despesas Assistenciais (VDA).

A VDA é um índice que reflete a variação de preços e frequência *per capita* de utilização dos serviços de saúde. Como gestoras de assistência à saúde dos beneficiários, as operadoras possuem elementos de gerenciamento de seus custos, tais como estruturação de atenção primária, programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, modelos de remuneração de prestadores, além da constituição de escala operacional adequada para a diluição dos riscos.

Desse modo, o parâmetro de eficiência é estabelecido com base no conceito de gerenciamento das despesas assistenciais.

## 5. CRITÉRIOS DE EXTRAÇÃO DAS INFORMAÇÕES E TRATAMENTO DA BASE DE DADOS PARA O CÁLCULO DO FGE

### 5.1. Fonte de Dados

As informações das despesas incorridas na prestação de assistência médico-hospitalar são extraídas das Demonstrações Contábeis informadas pelas operadoras no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS/ANS). Os dados de beneficiários são obtidos através da base do Sistema de Informação de Beneficiários (SIB/ANS). São dados públicos e que podem ser obtidos no Portal Brasileiro de Dados Abertos (<http://dados.gov.br/organization/agencia-nacional-de-saude-suplementar-ans>), conforme ilustrado no quadro a seguir.

Informações/Base de Dados	BASE DE BENEFICIÁRIOS	BASE DA DESPESA ASSISTENCIAL
Nome do conjunto de dados	"Beneficiários com vínculos ativos em planos posteriores à Lei 9.656/98, de cobertura médico-hospitalar preço pré-estabelecido, por tipo de contratação para cálculo da VDA"	"Demonstrações Contábeis"
Localização dos Dados	<a href="http://dados.gov.br/dataset/beneficiarios-com-vinculos-ativos-por-tipo-de-contratacao-para-calculo-da-vda">http://dados.gov.br/dataset/beneficiarios-com-vinculos-ativos-por-tipo-de-contratacao-para-calculo-da-vda</a>	<a href="http://dados.gov.br/dataset/http-www-ans.gov-br-perfil-do-setor-dados-abertos-dados-abertos-disponiveis-n3">http://dados.gov.br/dataset/http-www-ans.gov-br-perfil-do-setor-dados-abertos-dados-abertos-disponiveis-n3</a>
Resumo do conjunto de dados	Média mensal dos últimos 12 meses do total de vínculos ativos de beneficiários em planos posteriores à Lei 9.656/98 de cobertura médico-hospitalar e modalidade de financiamento pré-estabelecida	Dados Contábeis encaminhados trimestralmente pelas operadoras através do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS.
Período da série de dados	24 trimestres mais recentes, iniciando-se no 4º trimestre de 2013 (atualização trimestral)	Dados disponíveis a partir de 2007 (atualização trimestral)
Filtros na obtenção dos dados	<b>O conjunto de dados já contém todos os critérios de extração e tratamentos dos dados de beneficiários aplicáveis ao cálculo da VDA.</b>	<b>CONTAS CONTÁBEIS CONSIDERADAS</b> 41111X2 - Cobertura Assistencial com Preço Pré-estabelecido: Planos Individuais/Familiares depois da Lei

**Quadro 1: Obtenção dos dados para o cálculo da VDA dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar posteriores à Lei 9.656/98**

Os dados para cálculo do FGE foram extraídos em 10 de maio de 2019.

### 5.2. Tratamento das bases de dados

Os filtros e critérios aplicados no tratamento das bases de dados que são comuns tanto à base de beneficiários quanto à base de despesa assistencial são:

- Filtros aplicados para extração das bases de dados:
  - Tipo de contratação: Individual/Familiar;
  - Cobertura Assistencial: Assistência Médica;
  - Época de contratação: Posterior a Lei 9.656/98;
  - Modalidade de financiamento: Preço pré-estabelecido

- Foram desconsiderados dados de operadoras classificadas nas modalidades 'Cooperativa odontológica', 'Odontologia de Grupo', 'Administradora', 'Administradora de Benefícios' e 'Autogestão';
- Foram excluídas as operadoras durante os 12 meses iniciais de operação contados a partir da data de registro junto à ANS;
- As operadoras que tiveram seu registro cancelado junto à ANS foram excluídas a partir de 12 meses antes da data de cancelamento.

Os filtros e critérios específicos aplicados no tratamento da base de dados de beneficiários e já refletidos nos dados disponibilizados no Portal Brasileiro de Dados Abertos são:

- Vínculos informados no SIB em códigos de plano que não foram identificados no sistema de Registro de Produtos (RPS) foram desconsiderados;
- Para o cálculo da média dos 12 meses, foram consideradas apenas as operadoras que apresentaram uma sequência ininterrupta de pelo menos um (1) vínculo ativo de beneficiário.

Os filtros e critérios específicos aplicados no tratamento da base de dados da despesa assistencial para a apuração das VDAs 2014, 2015, 2016 e 2017 que baseiam o cálculo da FGE são:

- No cálculo da despesa acumulada em 12 meses, assumiu-se o saldo final do quarto trimestre de cada ano calendário como sendo o valor acumulado dos 4 trimestres;
- Foram consideradas apenas as operadoras em que a despesa assistencial acumulada em 12 meses, apresentasse valor positivo;
- Foram considerados apenas os valores de eventos registrados na conta contábil 411111X2 - Cobertura Assistencial com Preço Pré-estabelecido: Planos Individuais/Familiares depois da Lei;
- Foram excluídos os valores atípicos da VDA através da aplicação do *box-plot 1,5*.

De acordo com o Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar (2017), *box-plot* é um gráfico que avalia a distribuição de um conjunto de dados através do resumo de cinco números, formado pelos seguintes valores: primeiro quartil, mediana (segundo quartil), terceiro quartil, mínimo e máximo.

## 6. A DISTRIBUIÇÃO DA VDA NO MERCADO DE PLANOS INDIVIDUAIS

Em dezembro de 2018, cerca de 500 operadoras atuavam no mercado de planos individuais de cobertura médico-hospitalar posteriores a Lei 9.656/98. Considerando os diferentes graus de gerenciamento de despesas assistenciais entre essas empresas, analisou-se a distribuição dos valores da VDA para a identificação de uma tendência setorial.

O diagrama de quartis (*box-plot*) é frequentemente utilizado para analisar o comportamento de uma variável entre diferentes grupos de dados e para a identificação de valores atípicos (*outliers*).

Os quartis dividem um conjunto de dados em quatro grupos contendo a mesma quantidade de observações e possibilitam uma análise da dispersão dos valores.

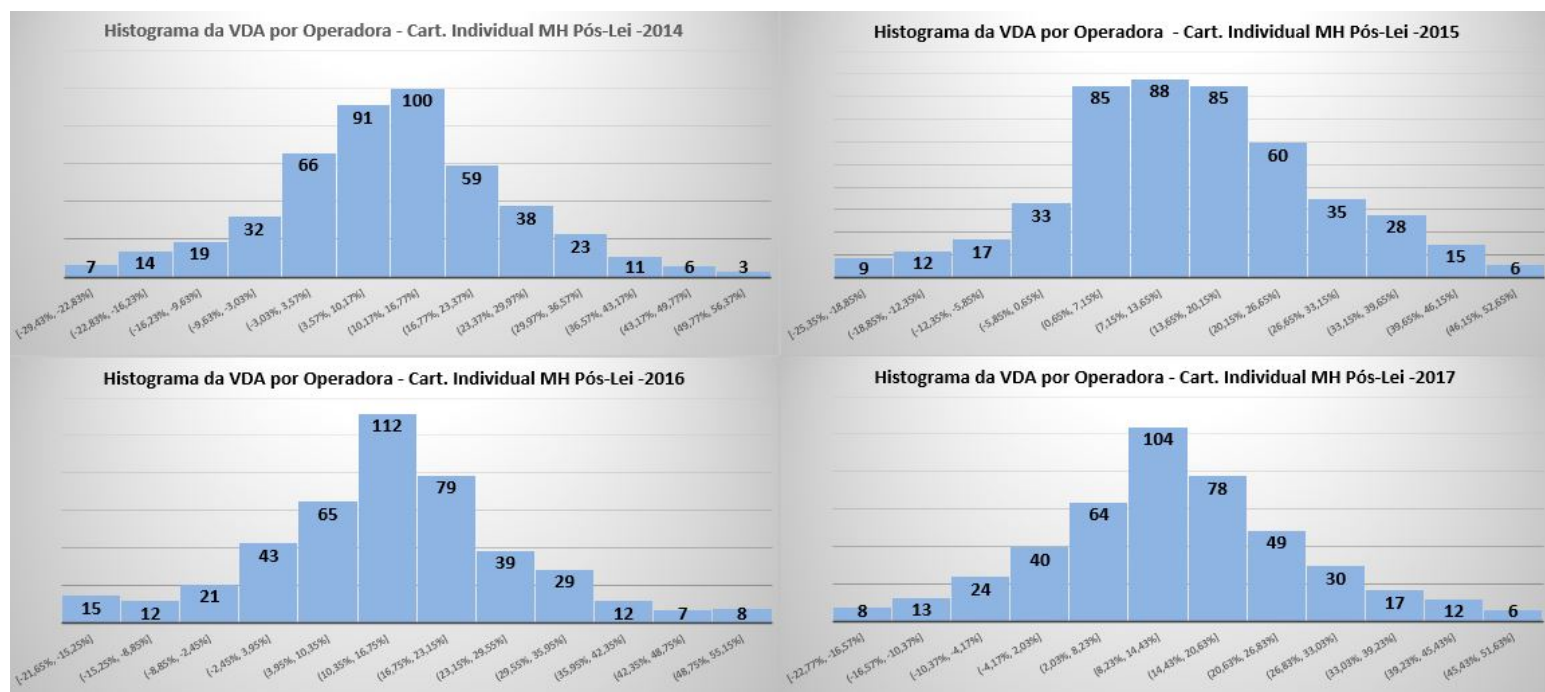
**Tabela 2- Primeiro e terceiro quartis e valores máximos da VDA de Planos Individuais Novos - 2014 a 2017**

Valores dos Quartis /Ano	2014	2015	2016	2017
Primeiro Quartil - Q1 (25%)	1,10%	4,65%	5,71%	5,63%
Terceiro Quartil - Q3 (75%)	18,84%	22,62%	21,56%	20,92%
Valor Máximo - LS (100%)	50,93%	48,47%	53,34%	50,01%

Fonte de Dados: DIOPS (extração 10/05/2019) e SIB (março de 2019)

O *box-plot* identifica como dados centrais aqueles situados entre o primeiro e terceiro quartis. Esse intervalo de dados contém 50% das observações da amostra. Entre 2014 e 2017, os dados centrais da VDA (após a eliminação dos valores atípicos) situaram-se no intervalo entre 1,10% e 22,62%.

**Gráfico 1 - Histograma da VDA da Carteira Individual Médico-Hospitalar Pós Lei 2014, 2015, 2016, 2017 (após *box-plot*)**



Fonte de Dados: DIOPS (10/05/2019) e SIB (março de 2019)

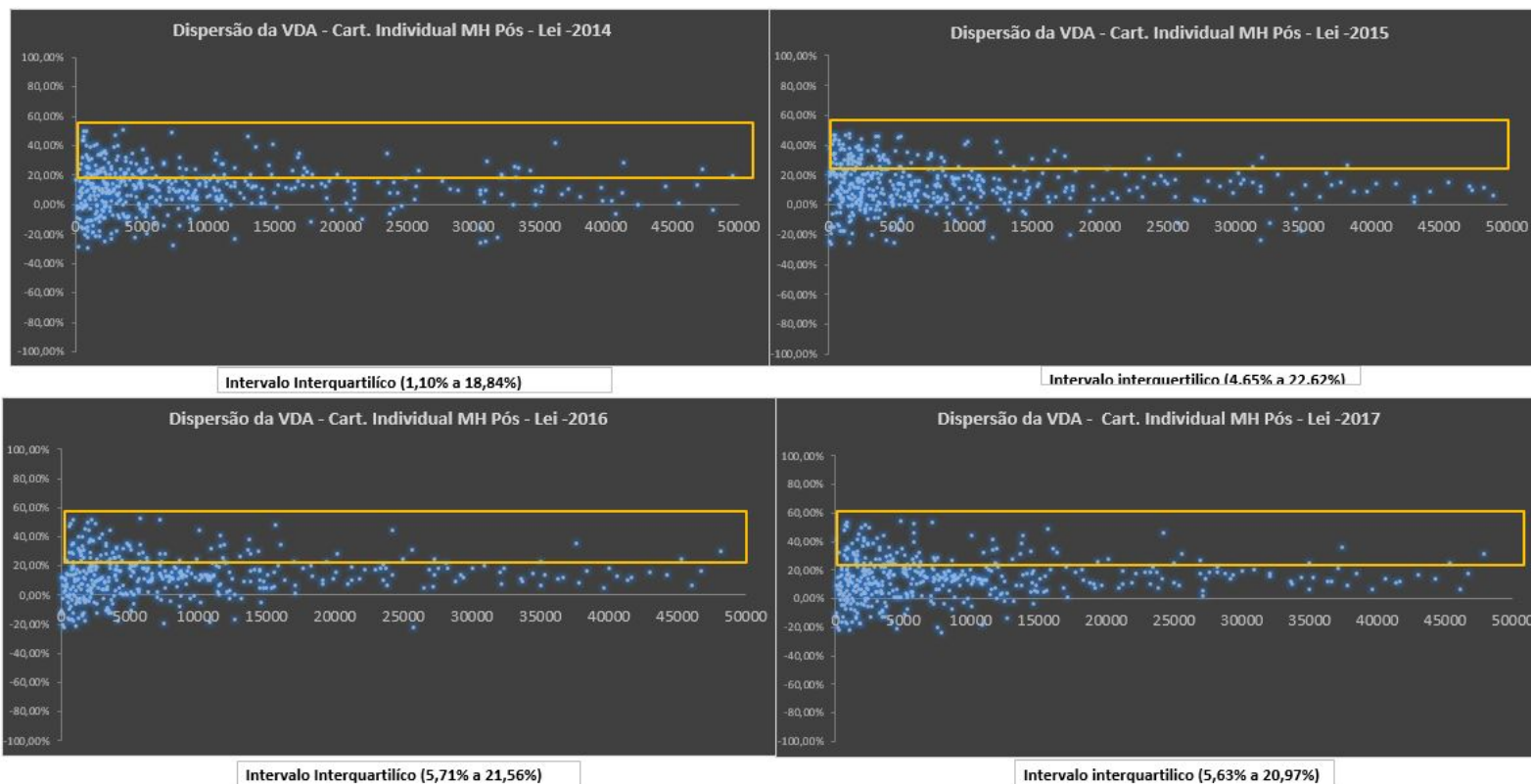
Os histogramas demonstram que as distribuições da VDA possuem uma tendência em torno da média, com baixos coeficientes de assimetria.

Tabela 3- Coeficiente de Assimetria da VDA de Planos Individuais Novos - 2014 a 2017

Coeficiente/Ano	2014	2015	2016	2017
Coeficiente de Assimetria	-0,68%	+4,27%	+2,08%	+1,19%

Nota: Coeficiente calculado pela distância entre a Média e Mediana dividida pelo desvio padrão

Gráfico 2 - Dispersão da VDA da Carteira Individual Médico-Hospitalar Pós Lei 2014, 2015, 2016, 2017



Fonte de Dados: DIOPS (10/05/2019) e SIB (março de 2019)

Os gráficos de dispersão demonstram a maior concentração de empresas com menor quantidade de beneficiários na faixa mais alta da VDA, especialmente em operadoras com até 5.000 vínculos.

Tabela 4 - Quantidade de operadoras por faixa de vínculos

QUANTIDADE OPERADORAS POR FAIXA DE VÍNCULOS	2014	2015	2016	2017	Representatividade Média em número de Operadoras
OPERADORAS COM ATÉ 5.000 VÍNCULOS	229	227	200	212	47%
OPERADORAS ACIMA DE 5.000 VÍNCULOS	240	246	242	233	53%
TOTAL	469	473	442	445	100%

Fonte de Dados: CADOP (10/05/2019) e SIB (março de 2019)

Tabela 5 - Quantidade de beneficiários por faixa de vínculos

QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS POR FAIXA DE VÍNCULOS	2014	2015	2016	2017	Representatividade Média em número de Beneficiários
BENEFICIÁRIOS EM OPERADORAS COM ATÉ 5.000 VÍNCULOS	6,7%	6,1%	5,4%	6,2%	6%
BENEFICIÁRIOS EM OPERADORAS ACIMA DE 5.000 VÍNCULOS	93,3%	93,9%	94,6%	93,08%	94%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte de Dados: CADOP (10/05/2019) e SIB (março de 2019)

Operadoras com até 5.000 vínculos compõem 47% da amostra, mas representam apenas 6% do número de beneficiários.

Tabela 6 - Taxa de Incidência de Operadoras acima do terceiro quartil da VDA

TAXA DE INCIDÊNCIA DE OPERADORAS ACIMA DO Q3	2014	2015	2016	2017	Taxa de Incidência Média
OPERADORAS COM ATÉ 5.000 VÍNCULOS	31,0%	34,4%	30,0%	33,5%	1 a cada 3,1 Operadoras (32,2%)
OPERADORAS ACIMA DE 5.000 VÍNCULOS	19,2%	16,3%	21,1%	17,2%	1 a cada 5,4 Operadoras (18,4%)

Fonte de Dados: CADOP (10/05/2019), DIOPS (10/05/2019) e SIB (março de 2019)

A diferença de quantidade de vínculos reflete na incidência de operadoras acima do terceiro quartil. Uma a cada 3,1 operadoras com até 5.000 vínculos apresenta valores da VDA acima do terceiro quartil, enquanto a incidência cai para uma a cada 5,4 no grupo acima de 5.000 vínculos.

**Tabela 7 - Número de Beneficiários entre Operadoras com VDA abaixo e acima do terceiro quartil - 2014 a 2017**

Ano	Mediana de Beneficiários Operadoras abaixo do 3º quartil da VDA	Mediana de Beneficiários Operadoras acima do 3º quartil da VDA
2014	6.001	3.683
2015	6.392	2.998
2016	6.542	4.495
2017	6.581	3.699

Fonte de Dados: DIOPS (10/05/2019) e SIB (março de 2019)

A análise comparativa do grupo de operadoras abaixo e acima do terceiro quartil evidencia a quantidade de beneficiários como um fator relevante na distribuição da VDA.

Grandes oscilações na VDA tendem a ser verificadas em carteiras com menor quantidade de beneficiários, devido a baixa diluição do risco. Essa característica reforça a escolha de uma medida de eficiência baseada no afastamento das operadoras em relação a tendência central da VDA, evitando que a mesma seja impactada por oscilações que não reflitam o comportamento dos custos setoriais.

## 7. METODOLOGIA DE APURAÇÃO DO FGE

Conforme disposto no Anexo III da RN nº 441, de 2018, o cálculo do FGE é realizado através das seguintes etapas:

- 1) A partir da base de cálculo da média ponderada da VDA dos planos individuais posteriores a Lei 9.656/98 (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 as operadoras com 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:

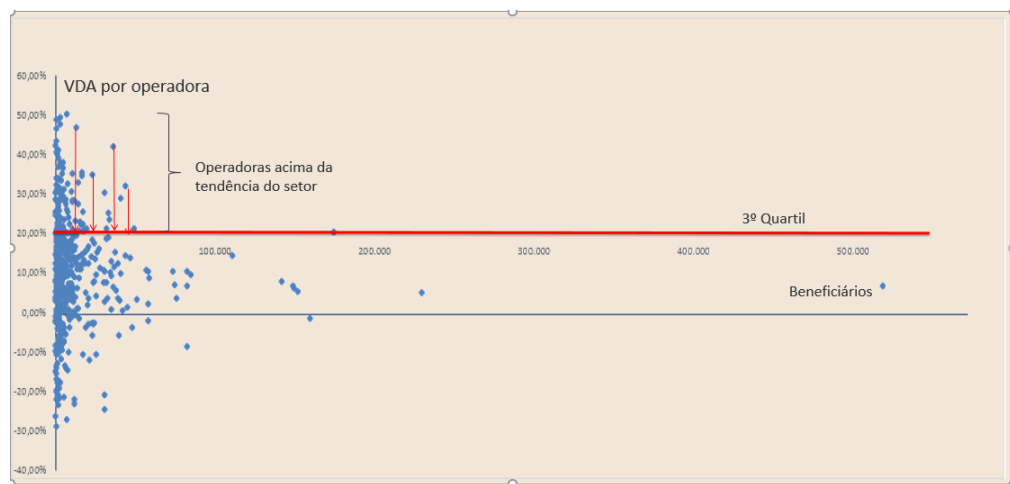
$$\text{Distância ano } a = \sum_{i=1}^n (VDA OPS_i a - \text{Valor do Q3 } a) \times \frac{\text{Quantidade de Beneficiários da OPS}_i a}{\text{Total de beneficiários da amostra } a}$$

Onde:

VDA OPS<sub>i</sub> = Variação das despesas assistenciais da Operadora i no ano a com VDA acima do 3º quartil no ano a

- 5) Calcula-se a proporção entre a "Distância ano a" e a VDA média ponderada do ano.
- 6) 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.

### Ilustração do cálculo do FGE



- O terceiro quartil representa o limite superior dos dados centrais da VDA identificados com uso da ferramenta *box-plot*.
- O estabelecimento do FGE como uma proporção da VDA visa manter a razoabilidade do parâmetro às flutuações anuais da VDA.
- A média de quatro anos contempla possíveis impactos de oscilações da atividade econômica no desempenho das operadoras.
- A adoção da média geométrica objetiva a obtenção da proporção equivalente da VDA que produziria ao final dos 4 anos o mesmo resultado das proporções medidas anualmente.
- O FGE é um fator único que estimula a concorrência por eficiência entre as operadoras, incentivando-as a serem mais eficientes do que a média estabelecida para o setor.
- A formulação endógena (*linked*) do FGE capta diferenças de porte, perfil de carteiras, cesta de serviços e capacidade de gerenciamento de custos de forma ponderada.

## 8. RESULTADO DO FGE PARA O QUADRIÊNIO 2019-2020-2021-2022



Conforme apresentado na seção 6, os valores do terceiro quartil da VDA entre 2014 a 2017 (período utilizado como base para o cálculo do FGE) situaram-se no intervalo de 18,84% a 22,62%.

**Tabela 8 - Valores do Terceiro Quartil da VDA**

(a) Ano	(b) Valores do Terceiro Quartil da VDA
2014	18,84%
2015	22,62%
2016	21,54%
2017	20,92%

Fonte de Dados: DIOPS (10/05/2019) e SIB (março de 2019)

Após a apuração dos quartis e valores de VDA por operadora nos quatro anos, calculou-se o FGE para o quadriênio 2019-2020-2021-2022. O resultado foi de 8,87% da VDA e representa a média das distâncias da VDA das operadoras acima do terceiro quartil, calculadas conforme seção 7 dessa nota.

**Tabela 9 - Proporção anual do FGE e Média dos 4 anos**

(a) - Ano	(b) Proporção das distâncias da VDA das Operadoras acima do 3º quartil sobre a VDA média ponderada	(c) Média Geométrica dos 4 anos do FGE
2014	11,73%	<b>8,87%</b>
2015	6,59%	
2016	8,07%	
2017	9,93%	

Fonte de Dados: DIOPS (10/05/2019) e SIB (março de 2019)

Vale ressaltar que o valor da distância em relação ao terceiro quartil e a representatividade de cada operadora em termos de beneficiários determina a proporção anual e consequentemente a média dos quatro anos.

## 9. CONCLUSÃO

A variação da despesa assistencial de uma operadora é influenciada por diversos fatores como rede assistencial, perfil etário e condições epidemiológicas da população coberta, quantidade de vínculos, estrutura de atenção a saúde, etc. O cálculo da VDA captura esses efeitos, mas não é capaz de determinar em que grau o resultado é influenciado por uma alocação eficiente de recursos ou se esses estão produzindo o maior resultado possível em assistência a saúde.

Conceitualmente, o Fator de Ganhos de Eficiência evita um modelo de repasse automático da variação de custos passada e sua racionalidade está em estabelecer eficiência a partir da tendência de variação de custos do setor, mitigando o efeito de oscilações de risco que não reflitam o comportamento dos custos setoriais.

Em consonância com a metodologia aprovada na Resolução Normativa ANS nº 441, de 2018, o FGE resultou em 8,87% da VDA. Essa será a proporção do fator de ganhos de eficiência aplicada ao cálculo do índice máximo de reajuste dos planos individuais nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Por fim, sugere-se o encaminhamento da presente Nota Técnica nº 1/2019/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO à Diretoria Colegiada da ANS para apreciação e aprovação do cálculo do Fator de Ganhos de Eficiência apurado para os anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

## 10. REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Documento técnico contendo a avaliação da metodologia e dos resultados do “Price Cap” desenvolvidos em estudos da ANS. **Março 2015.** Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/2018/reuniao\\_8\\_avaliacao\\_da\\_metodologia\\_e\\_dos\\_resultados\\_do\\_price\\_cap.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2018/reuniao_8_avaliacao_da_metodologia_e_dos_resultados_do_price_cap.pdf) Acesso em: 19 dez 2018
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Nota 1241/2014/GGEFP/DIPRO.** Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/A\\_ANS/Transparencia\\_Institucional/agenda\\_regulatoria/NOTA\\_PRICECAP.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/agenda_regulatoria/NOTA_PRICECAP.pdf). Acesso em: 08 mai 2019
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Nota Técnica nº 27/2018/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO.** Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/audiencias\\_publicas/ap13/ap13\\_notatecnica27.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap13/ap13_notatecnica27.pdf) Acesso em: 19 dez 2018
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Nota Técnica nº 30/2018/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO.** Disponível em: [http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/64215\\_\\_7\)%20Nota%2030\\_2018\\_An%C3%A1lise%20Contribui%C3%A7%C3%B5es%20AP%2013.pdf](http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/64215__7)%20Nota%2030_2018_An%C3%A1lise%20Contribui%C3%A7%C3%B5es%20AP%2013.pdf) Acesso em: 19 dez 2018
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Nota Técnica nº 32/2018/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO.** Disponível em: [http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/64215\\_\\_11\)%20Nota%2032\\_2018\\_Metodologia%20VDA%20p%C3%B3s%20AP13.pdf](http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/64215__11)%20Nota%2032_2018_Metodologia%20VDA%20p%C3%B3s%20AP13.pdf) Acesso em: 19 dez 2018
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar – 2017 -4º trimestre.** Disponível em: < [http://www.ans.gov.br/biblioteca/php/download.php?codigo=4353&tipo\\_midia=2&IndexSrv=1&iUsuario=0&obra=6971&tipo=0&iBanner=0&iIdioma=0](http://www.ans.gov.br/biblioteca/php/download.php?codigo=4353&tipo_midia=2&IndexSrv=1&iUsuario=0&obra=6971&tipo=0&iBanner=0&iIdioma=0) > Acesso em: 19 dez 2018
- ANDRADE, Monica Viegas (coord.) [et al.]. **Estrutura de concorrência no setor de operadoras de planos de saúde no Brasil** - Brasília, DF: OPAS; Rio de Janeiro: ANS, 2015. 106p: (Série Cooperação em Saúde Suplementar no Brasil). Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/web\\_estruturadeconcorrencianosetordeoperadorasdeplanosdesaudenobrasil.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_estruturadeconcorrencianosetordeoperadorasdeplanosdesaudenobrasil.pdf) >. Acesso em: 19 dez 2018
- ARTES, Rinaldo. **Coefficiente de Assimetria.** Disponível em: [https://www.insper.edu.br/docentes/rinaldo-artes/wp-content/uploads/sites/14/2014/04/Coefficientes-de-Assimetria-e-Curtose\\_2014.pdf](https://www.insper.edu.br/docentes/rinaldo-artes/wp-content/uploads/sites/14/2014/04/Coefficientes-de-Assimetria-e-Curtose_2014.pdf). Acesso em: 19 dez 2018
- CARRINGTON, Roger; COELLI, Tim; RAO, D. **Regulation of Private Health Insurance Premiums: Can Performance Assessment Play a Greater Role?** Centre for Efficiency and Productivity Analysis (2008)
- CATERMOL, F. - **Inovações e Contestabilidade: Algumas Considerações sobre Eficiência Econômica.** Documento disponível em: < [https://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes\\_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/revista/rev2206.pdf](https://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/revista/rev2206.pdf) > Acesso em 13 dez 2018
- PUC RIO - **Métodos e Técnicas de Benchmarking: Definições e a Experiência Internacional.** Documento disponível em: < [https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/5566/5566\\_4.PDF](https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/5566/5566_4.PDF) >. Acesso em 05 nov 2018
- SIQUEIRA, D.L.S - **Benchmarking Interno: Uma Ferramenta de Gestão para Melhoria Contínua do Processo Educacional.** Documento disponível em: < <https://docplayer.com.br/10746898-Benchmarking-interno-uma-ferramenta-de-gestao-para-melhoria-continua-do-processo-educacional.html> > Acesso em 26 nov 2018
- SILVA, P.R - **Eficiência Técnica vs Eficiência Econômica.** Documento disponível em: < [www.ccarevista.ufc.br/site/down.php?arq=26rca7.pdf](http://www.ccarevista.ufc.br/site/down.php?arq=26rca7.pdf) > Acesso em 13 dez 2018



Documento assinado eletronicamente por **Bruno Santoro Morestrello, Coordenador(a) de Regulação do Modelo Econômico-Financeiro dos Produtos**, em 27/05/2019, às 11:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Akemi Ramos Tanaka, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 27/05/2019, às 11:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **RODOLFO NOGUEIRA DA CUNHA, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 27/05/2019, às 11:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **DANIELE RODRIGUES CAMPOS, Gerente Econômico-Financeiro e Atuarial dos Produtos**, em 27/05/2019, às 11:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **RAFAEL PEDREIRA VINHAS, Gerente-Geral de Regulação da Estrutura dos Produtos**, em 27/05/2019, às 12:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Maurício Nunes da Silva, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIPRO**, em 27/05/2019, às 14:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Rogério Scarabel Barbosa, Diretor(a) de Normas e Habilitação dos Produtos**, em 18/06/2019, às 16:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **11903427** e o código CRC **3837DE43**.