



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
Assessoria Parlamentar

OFÍCIO Nº 888/2020/ASPAR/GM/MS

Brasília, 04 de março de 2020.

Ao Senhor
SÉRGIO PETECÃO
Senador
Primeiro-Secretário do
Senado Federal

Assunto: Ofício 1ª Sec/SF/nº 138/2020

Senhor Primeiro-Secretário,

Reporto-me ao expediente destacado na epígrafe, referente ao **Requerimento de Informação nº 637, de 21 de fevereiro de 2020**, para encaminhar as informações prestadas pela entidade vinculada deste Ministério.

Atenciosamente,

LUIZ HENRIQUE MANDETTA
Ministro de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Luiz Henrique Mandetta, Ministro de Estado da Saúde**, em 09/03/2020, às 14:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0013819842** e o código CRC **4FE1AC14**.

Assessoria Parlamentar - ASPAR
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
Assessoria Parlamentar

DESPACHO

ASPAR/GM/MS

Brasília, 04 de março de 2020.

Ao Gabinete do Ministro

Assunto: **Requerimento de Informação nº 637/2020 - Senador Randolfe Rodrigues**

1. Trata-se de **Requerimento de Informação nº 637/2020** (0013705007), de autoria do Senador Randolfe Rodrigues, o qual solicita informações ao Ministro de Estado da Saúde sobre realuste de preços de planos de saúde individuais e coletivos.
2. Em resposta, encaminhe(m)-se, para ciência e atendimento à solicitação da Primeira Secretaria da Câmara dos Deputados (0010597829), o **Ofício 33/2020/PRESI/ANS** (0013803898) e **Anexos: Despacho nº 206/2019/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO** (0013803901), **Ofício nº 525/2018/PRESI/ANS** (0013803904), **Nota Técnica nº 1/2018/COMEP/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO** (0013803919), **Nota Técnica nº 3/2018/COMEP/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO** (0013803911), **Nota Técnica nº 4/2018/COMEP/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO** (0013803909), elaborados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

GABRIELLA BELKISSE ROCHA

Assessora Especial do Ministro para Assuntos Parlamentares



Documento assinado eletronicamente por **Gabriella Belkisse Câmara Rocha Tavares, Assessor(a) Especial do Ministro para Assuntos Parlamentares**, em 05/03/2020, às 11:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0013819701** e o código CRC **8AFF9340**.

Av. Augusto Severo, nº 84, 9º andar - Bairro Glória, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20021-040
Telefone: 2105-0010/0011 - <http://www.ans.gov.br>

À SENHORA

Gabriella Belkisse Câmara Rocha Tavares

Assessora Especial para Assuntos Parlamentares do Ministério da Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G - 5º andar

70058-900 Brasília - DF

Ofício SEI nº 33/2020/PRESI

Rio de Janeiro, 03 de março de 2020.

Assunto: Requerimento de Informação nº 637/2019

Senhora Chefe da Assessoria Parlamentar,

Em resposta à mensagem eletrônica recebida na Gerência-Geral de Relações Institucionais, por meio da qual essa Assessoria Parlamentar solicita informações e documentos relacionados ao Requerimento de Informação nº 637/2019, de autoria do Senador Randolfe Rodrigues (REDE/AP), que trata sobre reajuste de preços de planos de saúde individuais e coletivos, segue em anexo os seguintes documentos, elaborados e aprovados pela Diretoria Adjunta de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS:

Sendo essas as informações a serem prestadas à demanda parlamentar em tela.

À disposição para esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

Lenise Barcellos de Mello Secchin

Chefe de Gabinete

Anexos: Despacho nº 206/2019/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO (Sei 13638808)
Ofício 525/2018/PRESI/ANS (13639681)
Nota Técnica nº 1/2018/COMEP/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (13711025)
Nota Técnica nº 3/2018/COMEP/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (13711079)
Nota Técnica nº 4/2018/COMEP/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (13711079)



Documento assinado eletronicamente por **Lenise Barcellos de Mello Secchin, Chefe de Gabinete da Presidência**, em 04/03/2020, às 10:10, 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 **16172163** e o código CRC **A2312DBD**.

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 33903.000509/2019-56

SEI nº 16172163



PROCESSO Nº: 33903.000509/2019-56

DESPACHO Nº: 206/2019/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO

À Diretoria Adjunta da DIPRO

ASSUNTO: SOLICITAÇÃO DE SUBSÍDIOS TÉCNICOS - DEMANDA PARLAMENTAR - SENADOR RANDOLFE RODRIGUES

Prezados Gerentes,

Trata-se de demanda encaminhada pelo DESPACHO Nº: 40/2019/ASPAR/GGRIN/GAB-PRESI/PRESI/DICOL (SEI 13553914) para prestação de subsídios ao Ofício 72/2019 – GSRROD do Senado Federal (SEI 13544901), através do qual o senador Randolfe Rodrigues requisita informações sobre a metodologia de reajuste dos planos individuais/familiares. São endereçadas sete perguntas, que passam a ser respondidas a seguir:

1. RESPOSTAS AOS QUESTIONAMENTOS

1.1. Há previsão de divulgação do teto de reajuste dos planos de saúde individuais para 2019/2020? Caso sim, qual é a data?

Em 24 de julho de 2019 foi publicada na Edição: 141, Seção: 1, Página: 89 do Diário Oficial da União (disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/decisao-de-23-de-julho-de-2019-203419347>), a decisão de Diretoria Colegiada da ANS de aprovar por unanimidade o índice de reajuste máximo de 7,35% (sete inteiros e trinta e cinco centésimos por cento) com vigência de 1º de maio de 2019 a 30 de abril de 2020 para as contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, individuais e familiares, médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica, previsto no artigo 2º da Resolução Normativa - RN nº 171, de 29 de abril de 2008.

O índice foi calculado de acordo com metodologia estabelecida na Resolução Normativa - RN nº 441, de 19 de dezembro de 2018 (disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzY2Mg==>)

1.2. Qual era a forma anterior de cálculo do reajuste dos planos de saúde individuais? Especificamente em relação a 2018/2019, explicar pormenorizadamente a forma de cálculo adotada, valores e percentuais envolvidos, com o envio de documentos necessários, se for o caso.

Entre 2001 e 2018, o índice máximo de reajuste dos planos individuais de assistência médico-hospitalar e regulamentados pela Lei 9.656/98 foi calculado com base nos comunicados de reajustes dos contratos coletivos. Trata-se de uma aplicação do que é conhecido na literatura econômica de regulação como *Yardstick Competition*.

A *Yardstick Competition* foi proposta por Andrei Schleifer, em 1985, em artigo intitulado "A Theory of Yardstick Competition", publicado no Rand Journal of Economics (vol. 16, no 3, outono de 1985). Seu princípio é de que o regulador estabeleça um parâmetro ou referência, que não seja o desempenho passado ou presente da própria firma regulada.

Em relação ao cálculo do índice aplicável ao período de maio/18 a abril/2019 esclarece-se que os procedimentos aplicados na apuração são detalhados pormenorizadamente na Nota Técnica 1/2018/COMEP/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 13711025); na Nota Técnica 3/2018/COMEP/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 13711057) e na Nota Técnica 4/2018/COMEP/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 13711079) anexos a esse despacho. Já a manifestação do Ministério da Fazenda, através da Nota Técnica SEI nº 10/2018/COGIS/SUPROC/SEPRAC-MF está disponível no link: http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/679351/RESPOSTA_PEDIDO_16853005375201801%20-%20Anexo.pdf

1.3. Qual é a fórmula atual de cálculo do reajuste dos planos de saúde individuais?

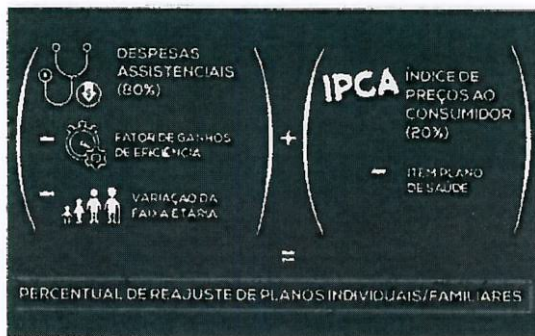
Em dezembro de 2018, a ANS publicou a Resolução Normativa nº 441, estabelecendo uma nova metodologia para o reajuste de planos individuais/familiares, contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98. Essa metodologia é resultado de estudos e pesquisas realizados ao longo de vários anos e de amplo debate com o setor e a sociedade e é baseada na variação das despesas médicas apuradas nas demonstrações contábeis das operadoras e em um índice de inflação, trazendo mais transparência e previsibilidade ao índice de reajuste.

O cálculo combina o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), retirando-se deste último o subitem Plano de Saúde. Na fórmula, o IVDA tem peso de 80% e o IPCA de 20%.

O IVDA reflete a variação das despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incide sobre custos de outra natureza, como despesas administrativas.

O IVDA tem três componentes: a Variação das Despesas Assistenciais (VDA), o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE) e a Variação da Receita por Faixa Etária (VFE). O FGE é um índice de eficiência apurado a partir da variação das despesas assistenciais e o VFE deduz a parcela da variação das despesas que já é recomposta pelos reajustes por mudança de faixa etária.

ILUSTRAÇÃO DA NOVA METODOLOGIA



Toda documentação pertinente aos estudos da nova metodologia estão disponíveis no site eletrônico da ANS, nos seguintes endereços eletrônicos:

Documento	Descrição	Endereço eletrônico
1) Sumário Executivo	Documento que resume o problema regulatório, as opções disponíveis de intervenção e de suas possíveis consequências.	http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/64215_1%20Sum%C3%A1rio%20Executivo%20de%20Impacto%20Regulatório%20C3%81.pdf
2) Exposição de Motivos	Fundamentação da edição do ato normativo proposto.	http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/64215_2%20Exposi%C3%A7%C3%A3o%20de%20Motivos.pdf
3) Relatório de Análise de Impacto Regulatório	Documento que detalha o problema regulatório, contém a análise das opções disponíveis de intervenção e de suas possíveis consequências.	http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/64215_3%20Relat%C3%B3rio%20de%20An%C3%A1lise%20de%20Impacto%20Regulatório.pdf
4) Relatório de Análise de Impacto Regulatório Complementar	Complementa o histórico de discussão do tema, as contribuições recebidas após a Audiência Pública nº 10/2018 e traz análise de nova alternativa para solução do problema regulatório.	http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/64215_4%20Relat%C3%B3rio%20de%20An%C3%A1lise%20de%20Impacto%20Regulatório%20Complementar.pdf
5) Nota Técnica nº 27/2018/GEFAP/SGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO	Documento que descreve a alternativa escolhida no Relatório de Análise de Impacto Regulatório Complementar.	http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/64215_5%20Nota%2027_2018_Metodologia%20Value%20Based%20Ponderado%20C3%81.pdf
6) Relatório da Audiência Pública nº 13/2018	Relatório da última Audiência Pública realizada sobre o tema.	http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/64215_6%20Relat%C3%B3rio%20da%20Audi%C3%Aancia%20P%C3%BAblica%20n%C3%BA 13%202018.pdf
7) Nota Técnica nº 30/2018/GEFAP/SGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI nº 10519901)	Análise das contribuições recebidas após a realização da Audiência Pública nº 13/2018 e aperfeiçoamentos à metodologia proposta.	http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/64215_7%20Nota%2030_2018_An%C3%A1lise%20Contribui%C3%A7%C3%B5es%20e%20Aperfei%C3%A7oamentos%20%C3%A0%20Metodologia%20Proposta.pdf
8) Planilha "DE/PARA"	Apresenta as alterações realizadas à Minuta de resolução normativa aprovada pela Diretoria Colegiada da ANS em sua 494ª Reunião Ordinária.	http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/64215_8%20Planilha%20DE/PARA%20Rn_ap%C3%B5s%20AP13%20e%20PROGE%20C3%81.pdf
9) Resolução Normativa – Reajustes Individuais	Ato normativo proposto, após considerações da Procuradoria Federal.	http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/64215_9%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20Normativa%20de%20Reajustes%20Individuais%20C3%81.pdf
10) Apresentação	Apresentação da Proposta	http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/64215_10%20Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20COL_nova.pdf
11) Nota Técnica nº 32/2018/GEFAP/SGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO	Descreve a metodologia de cálculo da variação das despesas assistenciais (VDA), com os aperfeiçoamentos trazidos após a Audiência Pública nº 13/2018.	http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/64215_11%20Nota%2032_2018_Metodologia%20VDA%20de%20Reajustes%20Individuais%20C3%81.pdf
12) Nota Técnica nº 2011/2017/GEFAP/SGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO	Descreve as diretrizes para revisão da Política de Preços e Reajustes da ANS.	http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/64215_12%20Nota%202011.pdf
13) Nota Técnica nº 2010/2017/GEFAP/SGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO	Descreve as diretrizes para revisão da metodologia dos reajustes dos planos individuais/familiares de cobertura médico-hospitalar.	http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/64215_13%20Nota%202010.pdf

Já a documentação pertinente a apuração do índice para o período de Maio de 2019 a Abril de 2020 está disponível nos seguintes endereços eletrônicos:

Documento	Descrição	Endereço eletrônico
1) Nota do FGE	Documento que descreve a apuração do Fator de Ganhos de Eficiência a ser aplicado na fórmula do índice de reajuste entre 2019 e 2022.	http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/reajuste/nota_tecnica_do_fge.pdf
2) Nota da VDA	Documento que descreve a apuração do Fator de Variação das Despesas Assistenciais a ser aplicado na fórmula no índice de reajuste em 2019.	http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/reajuste/nota_tecnica_da_vda.pdf
3) Nota do Reajuste	Documento que descreve a apuração dos demais componentes do índice (VFE e IPCA Expurgado) e define o percentual máximo de reajuste em 2019.	http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/reajuste/nota_tecnica_do_reajuste.pdf
4) Base de Cálculo VDA 2018-17	Dados para apuração da Variação das Despesas Assistenciais (VDA).	http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/reajuste/base_de_calculo_vda_2018-17.pdf

5) Anexo Cálculo VDA 2018-17	Operadoras excluídas do cálculo da VDA	http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/reajuste/anexo_calculo_vd
6) Base de Cálculo FGE 2017-14	Dados para apuração do Fator de Ganhos de Eficiência (FGE)	http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/reajuste/Base_de_c%C3%94
7) Base de Cálculo VFE 2018-17	Dados para apuração da Variação de Receita de Faixa Etária (VFE)	http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/reajuste/base_de_calculo
8) Base de Cálculo IPCA Expurgado 2018	Dados para apuração do IPCA Expurgado	http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/reajuste/base_de_calculo

1.4. A alteração de metodologia corrige os erros identificados pelo TCU?

Na avaliação desta área técnica, o relatório do Tribunal de Contas da União não identifica erros na metodologia empregada no cálculo do reajuste dos planos individuais/familiares. Para apoiar a afirmação, vale repisar o conteúdo do Acórdão nº 679/2018 do TCU:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos de auditoria realizada com o propósito de avaliar as ações da Agência Nacional de Saúde Suplementar relativas ao reajustamento dos valores dos planos de saúde suplementar,

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão do Plenário, com fulcro nos arts. 1º, inciso II, 41, inciso II, e 43 da Lei 8.443/1992, c/c os arts. 230, 239 e 250 do regimento interno, e diante das razões expostas pelo relator, em:

9.1. determinar à Agência Nacional de Saúde Suplementar que:

9.1.1. elabore e envie a esta Corte, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, se ainda não o fez, plano de providências contemplando a instituição de mecanismos de atuação que permitam a efetiva aferição da fidedignidade e a análise crítica das informações econômico-financeiras comunicadas à autarquia pelas operadoras de planos de saúde, mormente no que se refere à retomada das visitas técnicas às empresas e ao tratamento dos casos em que identificadas práticas abusivas contra os consumidores;

9.1.2. reavalie a metodologia atualmente utilizada para definição do índice máximo de reajuste anual dos planos de saúde individuais/familiares, de modo a prevenir, com segurança, os efeitos de possível computo em duplicidade da variação associada à atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde, haja vista tal variação, presumivelmente, já ser levada em conta pelas operadoras na definição dos reajustes dos planos coletivos;

9.2. recomendar à Agência Nacional de Saúde Suplementar que avalie a conveniência e a oportunidade de passar a exigir das operadoras de planos de saúde, por ocasião dos reajustes de preços, a disponibilização, aos respectivos contratantes, de informações que permitam a aferição do correspondente índice de sinistralidade verificado no período anterior, como a discriminação e os quantitativos de procedimentos efetivamente demandados pelos beneficiários e os valores pagos aos prestadores de serviços;

9.3. classificar como sigilosas, nos termos do art. 40, § 2º, da Resolução TCU 254/2013, as peças 90,97 e 101 destes autos, incluindo os respectivos itens não digitalizáveis;

9.4. autorizar o arquivamento dos autos.

Os pontos abordados contêm determinações para aperfeiçoamento do processo regulatório que foram respondidas através do Ofício 525/2018/PRESI/ANS (anexo a essa demanda).

Especificamente sobre a alegação de possível ocorrência de impactos duplicados provenientes da introdução de novos elementos no rol de procedimentos, vale ressaltar:

- O Tribunal de Contas da União não afirmou ou comprovou a existência de duplicidade de impactos.
- Em 2009, a ANS desenvolveu metodologia estruturada para avaliar o impacto econômico-financeiro de eventos exógenos na série histórica de despesas de planos de saúde com cobertura médico-hospitalar. A metodologia desenvolvida visava identificar mudança na tendência de despesa das operadoras ocasionada por eventos exógenos e determinar um critério para obtenção de reajuste por este motivo.

Buscou-se analisar o efeito de eventos exógenos de qualquer natureza nos custos das operadoras a partir da análise das despesas assistenciais, que pudessem causar variações extraordinárias nos custos das operadoras, tais como inclusão e exclusão dos procedimentos cobertos nos contratos entre operadoras e beneficiários, surtos de morbidades epidêmicas ou pandêmicas e quaisquer outros fenômenos extraordinários que pudessem afetar os custos das operadoras.

A elaboração dessa metodologia se fez necessária uma vez que até aquele ano se observava descolamento das curvas do acumulado dos reajustes autorizados pela ANS acrescidos dos fatores de faixa etária frente ao acumulado das variações de custo médico hospitalar do setor, destacando-se que no período de 2006 a 2008, essa diferença passava de cinco por cento, a menor para os reajustes autorizados pela ANS acrescido dos reajustes por mudança de faixa etária.

Tabela 1: Comparação Índice Máximo ANS e VCMH per capita

ANO	ÍNDICE MÁXIMO ANS	ÍNDICE ANS + FATOR FAIXA ETÁRIA	VCMH PER CAPITA
2006	8,89%	11,50%	5,66%
2007	5,76%	8,30%	17,31%
2008	5,48%	8,01%	11,09%
ACUMULADO 2006-2009	-	130,43%	137,70%
DIFERENÇA 2006-2009	-	-	5,57%
	5,60%	RPC	
2009	1,10%	FATORES EXÓGENOS	
	6,76%	ÍNDICE FINAL	

* VCMH per capita: Variação dos Custos Médico-Hospitalares calculada a partir das despesas assistenciais registradas em planos individuais e coletivos das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde divididas pela média de beneficiários de planos individuais novos para o cálculo per capita.

- Importa destacar que a comparação entre os percentuais somente a partir do ano de 2006 se justificava uma vez que, ainda que o cadastro de beneficiários e as informações contábeis das operadoras sejam obrigatórias desde o ano 2000, os dados prestados nos primeiros anos de mercado regulado não eram tão precisos, o que seria um impeditivo para se fazer uma análise coerente do período. Isso porque quando do registro dos planos na ANS, a operadora podia, por exemplo, classificar seu produto na contratação "Individual + Coletiva Empresarial + Coletiva por Adesão". A partir de 2005 (com a edição da RN nº 100), com as regras para manutenção do registro das operadoras e dos produtos, iniciou-se um processo de atualização de cadastro dos produtos, devendo os mesmos possuir uma única contratação. Assim, não seria prudente fazer inferências considerando período anterior a 2005.

Desta forma, tendo em vista o cenário macroeconômico com ocorrência de forte agravamento da crise internacional em 2008, que afetou diversos setores da economia, com reflexos no nível de emprego do país, podendo acarretar aumento no custo operacional das operadoras, entendeu-se necessário e oportuno o desenvolvimento de

metodologia de avaliação de eventual impacto de fatores exógenos nos custos das operadoras, de modo a mitigar o impacto de possível descolamento do reajustes autorizados ante a variação de custos frente aos efeitos de aceleração de inflação.

- Sendo a alteração do rol de procedimentos e eventos em saúde ato regulatório de periodicidade bianual, optou-se por a cada dois anos, no ano seguinte à implementação do novo rol de procedimentos, também proceder a avaliação da curva dos custos médico-hospitalares a fim de avaliar existência de quebra de tendência na curva e a necessidade de adequar os reajustes autorizados aos planos individuais à variação de custos médico hospitalares no período avaliado.

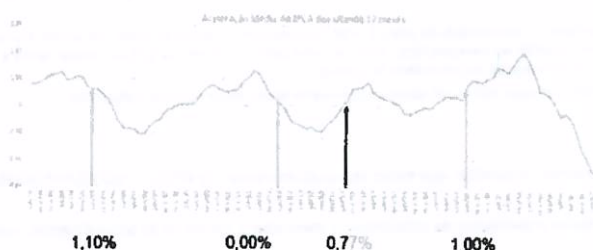
Os novos procedimentos introduzidos podem trazer impacto aos custos das operadoras, ensejando a possibilidade de acréscimo de fatores exógenos ao índice de reajuste calculado. Contudo, sabe-se de sobejo que, após a incorporação do Rol, deve-se aguardar um período razoável para que se possa auferir, com um mínimo de segurança, o real impacto da atualização do rol, como a frequência de utilização e a severidade das ocorrências médicas.

Assim sendo, em se tratando de eventos com riscos de ocorrência incerta, futura e aleatória, não necessariamente seu impacto estaria de imediato refletido na variação de custos dos planos coletivos e, consequentemente, nos reajustes desses planos utilizados como base de dados para o cálculo de reajuste dos planos individuais/familiares.

- Houve acréscimo dos fatores exógenos no reajuste dos planos individuais/familiares nos anos de 2009, 2013 e 2015, nos respectivos índices de 1,1%, 0,77% e 1,00%. A avaliação do ano de 2011 foi realizada em 2012 e o impacto foi de 0%

A utilização desse fator em cada um desses momentos foi justificada por refletir o impacto de fatores exógenos nos custos das operadoras frente ao descolamento do acumulado dos reajustes autorizados pela ANS e o acumulado da variação de custos das operadoras. Acrescenta-se a esse acréscimo a necessidade de avaliação dos resultados da política de reajuste que se tinha à época e o panorama macroeconômico vigente igualmente no momento da avaliação, especialmente no tocante à variação dos preços da economia (inflação). Em todas as situações em que houve acréscimo no reajuste por impacto de fatores exógenos, verificava-se à época da realização dos estudos uma aceleração da inflação, tendo como base os últimos doze meses até fevereiro de 2017 (última informação disponível), conforme verificado no gráfico abaixo:

Gráfico 1: Aceleração média do IPCA



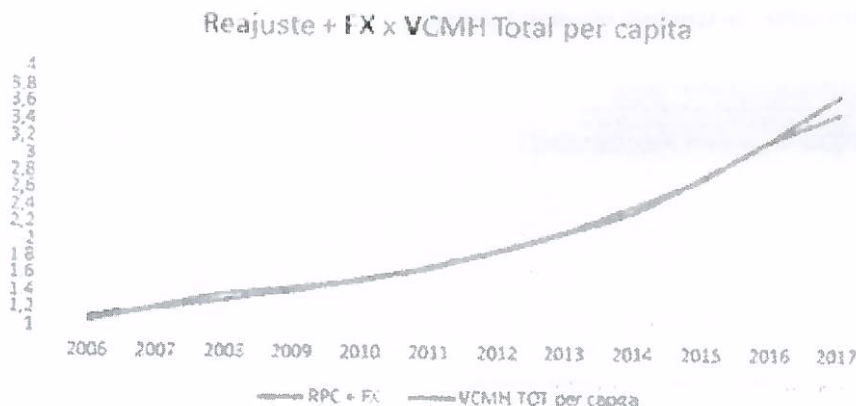
- O gráfico demonstra que a área superior à unidade indica processo de aceleração inflacionária, ao passo que a área inferior indica desaceleração, o que reforça a viabilidade da opção pela inclusão *a priori* dos efeitos estimados decorrentes da variação dos efeitos exógenos, considerando que havia uma defasagem temporal entre o período de cálculo dos reajustes e sua efetivação nas mensalidades. Desde 2015, todavia, tais avaliações apartadas não são realizadas. Além do fato de que, desde este ano, não se tem detectado aceleração nos níveis de preços, deve-se destacar principalmente que a Agência tem evoluído na contabilização apartada das despesas médicas e hospitalares referentes ao universo de planos individuais/familiares.
- A fim de assegurar a justeza de sua política de reajustes, a ANS tem monitorado *ex post*, ano a ano, o comportamento dos reajustes autorizados vis-à-vis a evolução das despesas médico-hospitalares no setor. Esses estudos permitem inferir que até o reajuste de 2017, a ANS não promoveu desequilíbrios estruturais entre operadoras e beneficiários.
- O Relatório de Análise de Impacto Regulatório elaborado para instrução do processo de proposta de nova metodologia para cálculo de Reajuste de Planos Individuais, em seu item VIII.2 - Comparação entre o índice máximo de reajuste da ANS acrescido do fator faixa etária e a VCMH per capita - dispõe sobre a não existência de desequilíbrios estruturais decorrentes da atual política de reajustes, dada a imaterialidade do desvio de 0,24%, demonstrado na tabela e no gráfico a seguir:

Tabela 1: Comparação entre Reajuste ANS e VCMH

Ano	Índice Máximo ANS	Fa. Etária	IPC	VCMH	capita
2006	5,42%	2,88%	7,96%		
2007	8,71%	2,40%	11,32%		
2008	7,69%	2,49%	10,27%		
2009	9,27%	2,49%	11,09%		
2009	11,75%	2,49%	14,43%		
2009	11,69%	2,49%	12,37%		
2009	8,09%	2,49%	11,50%		5,64%
2009	5,76%	2,49%	8,30%		17,31%
2010	5,48%	2,22%	8,01%		11,09%
2010	6,70%	2,22%	9,52%		6,75%
2011	6,77%	2,14%	9,01%		4,06%
2011	7,69%	2,38%	10,25%		5,63%
2012	7,83%	2,61%	10,53%		12,13%
2013	9,64%	2,49%	11,64%		11,08%
2014	9,66%	2,49%	12,70%		14,63%
2015	13,56%	2,49%	16,20%		12,83%
2016	13,57%	2,49%	16,30%		12,21%
2017	13,56%	2,49%	16,20%		10,98%

Ano	IPC	VCMH TOT per capita	Diferença
2006	1,1150336	1,09661135	1,09329209
2007	1,207561764	1,259495857	0,974236224
2008	1,304305816	1,378923786	0,947261064
2009	1,425917705	1,469957059	0,97004038
2010	1,55445024	1,541340694	1,006505288
2011	1,713828365	1,689736443	1,014257799
2012	1,894313567	1,911520355	0,990998376
2013	2,115195345	2,123387367	0,996142003
2014	2,374975176	2,434020447	0,97574167
2015	2,761307136	2,746384578	1,005508351
2016	3,211513502	3,219088858	0,997666739
2017	3,734193748	3,54239529	1,05414372
Soma	25,41279597	25,35006158	1,002444088
Desvio Estrutural			0,24%

Gráfico 2: Comparação entre Reajuste ANS e VCMH



Não obstante a justeza da política de reajuste desta Agência durante dezessete anos de aplicação da metodologia, a teoria econômica da regulação evoluiu e o setor de saúde suplementar se consolidou. Ademais, a própria ANS armazenou dados sobre o setor e desenvolveu conhecimento sobre a saúde suplementar que ensejaram a discussão sobre o método utilizado para a definição do índice máximo de reajuste dos planos individuais/familiares.

1.5. A ANS reconhece que houve erro na metodologia anterior?

Respondida no item anterior

1.6. Segundo o TCU, "a ANS optou por permitir que as operadoras de planos de saúde definam os percentuais de reajuste anuais dos planos coletivos e restringiu sua atuação reguladora ao monitoramento da evolução dos preços". As informações, pelo contrário, é de que o reajuste dos planos de saúde coletivos é superior ao teto definido pela ANS para os planos de saúde individuais. Em que dados a ANS se baseia para concluir que a livre negociação reduz o percentual de reajuste?

Em primeiro lugar, é necessário esclarecer a estrutura de concorrência no mercado relevante de planos de assistência à saúde.

Mercado relevante é definido como o menor espaço econômico no qual o poder de mercado é possível de ser exercido por uma firma atuando de forma isolada ou grupo de empresas agindo de forma coordenada, durante certo período de tempo (HOVENKAMP, 1994; SCHERER & ROSS, 1990; CARLTON & PERLOFF, 2000).

A definição do mercado relevante envolve a análise da dimensão do produto e a dimensão geográfica.

Na dimensão produto é possível separar os planos de saúde em contratação individual e coletiva. Como os contratos individuais e coletivos são adquiridos em ambientes distintos é razoável supor que não existe substituíbilidade entre os mesmos. No contrato individual a demanda do plano de saúde ocorre em um ambiente onde o indivíduo é quem define a operadora e o contrato a ser adquirido. No contrato coletivo, a demanda está condicionada a uma decisão da pessoa jurídica contratante.

Na dimensão geográfica, utiliza-se como referência o trabalho desenvolvido no livro "Estrutura de concorrência no setor de operadoras de planos de saúde no Brasil" (disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_estruturadeconcorrencianosectordedeoperadorasdeplanosdesaudenobrasil.pdf), que define 96 mercados relevantes geográficos de plano de saúde privado.

Em sua análise, os autores afirmam:

Nota-se uma estrutura bastante concentrada para o mercado de planos individuais em contraponto a uma estrutura mais competitiva para os planos coletivos.
(...)

Para os planos individuais 82,42% dos mercados apresenta HHI superior a 2500 enquanto que para os planos coletivos esse percentual é de 34,38%. O HHI superior a 2500 indica mercados altamente concentrados.

Os contratos individuais necessitam de uma escala maior de beneficiários devido a diversos motivos: presença de custos de transação mais elevados uma vez que o contrato é feito individualmente e não em bloco como o contrato coletivo; necessidade de uma carteira maior para garantir sustentabilidade financeira devido aos custos de transação mais elevados e perfil de beneficiários mais envelhecido. Os planos coletivos se caracterizam por beneficiários que ainda estão trabalhando sendo, portanto, uma carteira mais jovem, majoritariamente composta de indivíduos em idade ativa.

Logo, a evidência de maior competição no mercado de planos coletivos justifica, em parte, a diferente forma de regulação nesse mercado.

Dados de oferta de planos de saúde extraídos do Painel de Precificação de Planos de Saúde 2017 demonstram a maior oferta de produtos coletivos em todas as Grandes Regiões do país, o que confere as Pessoas Jurídicas Contratantes maior poder de escolha e negociação de preços em comparação à produtos de contratação individual.

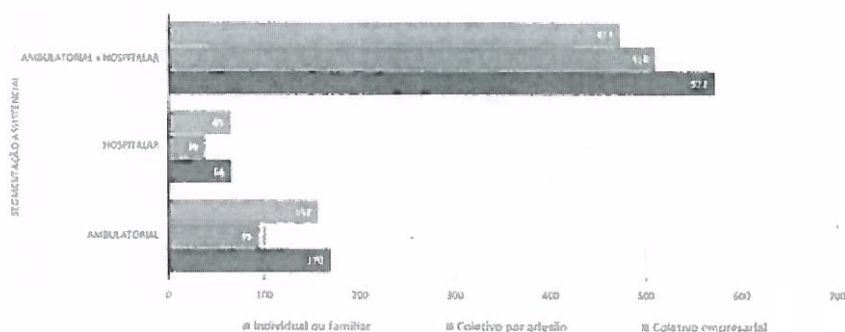
Quantidade de Planos ofertados por Grandes Regiões - Dezembro de 2017

A - Regiões	Quantidade de Planos Individuais	Quantidade de Planos Coletivos por Adesão	Quantidade de Planos Coletivos Empresariais
Sudeste	2185	2387	4956
Sul	934	1226	2393
Nordeste	532	791	1768
Centro-Oeste	305	704	1570
Norte	233	503	1131
Brasil	4189	5611	11818

Fonte: Elaborado a partir da Tabela 1.1 do Painel de Precificação de Planos de Saúde 2017 - disponível em http://www.ans.gov.br/biblioteca/php/download.php?codigo=4347&tipo_midia=2&indexSrv=1&Usuario=0&obra=7005&tipo=0&Banner=0&Idioma=0

Também há dados que demonstram um maior número de operadoras ofertantes de produtos coletivos, reforçando a existência de maior competição nesse mercado

Figura 1.1 - Quantidade de Operadoras com NTRP's vigentes por Contratação e Segmentação Assistencial, Dezembro de 2017 - Brasil



Fonte: Base de NTRP, RPS e CADOP (Atualizada em 16/01/2018, 10:15h)

Um terceiro aspecto a ser considerado é a maior mobilidade de contratos coletivos com mais de 30 vínculos. Esses contratos não estão sujeitos ao mecanismo da carência (à exceção daqueles beneficiários que tenham aderido além dos 30 após a celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica contratante). Dessa forma, reduz-se o custo de troca do plano, o que aumenta o poder da Pessoa Jurídica Contratante na negociação dos reajustes.

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 195, DE 14 DE JULHO DE 2009

Art. 6º No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

(...)

Art. 11 No plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato coletivo.

Nos contratos com menos de 30 beneficiários e que poderiam estar sujeitos ao mecanismo de carência (contratos coletivos empresariais), a ANS estabeleceu através da Resolução Normativa nº 309, que as Operadoras devem reuni-los em um grupo para aplicação do mesmo percentual anual de reajuste, trazendo maior diluição de risco e equilíbrio no cálculo dos reajustes. Na prática, a medida ofereceu maior equilíbrio no cálculo do reajuste aplicado pelas operadoras de planos de saúde tendo em vista o maior número de beneficiários no agrupamento de contratos.

Vale informar, nos termos da atual regulamentação, que os parâmetros para o reajuste por variação de custos nos planos coletivos são estipulados nas cláusulas contratuais, decorrentes da livre negociação entre as partes celebrantes.

O critério de cálculo, bem como o percentual apurado pela operadora, podem ser negociados entre esta e a pessoa jurídica contratante. A justificativa do percentual de reajuste proposto deve ser fundamentada pela operadora e seus cálculos disponibilizados para conferência pela pessoa jurídica contratante, sejam os aumentos decorrentes de sinistralidade ou qualquer outra metodologia de apuração acordada entre as partes e firmada em contrato.

Desta forma, a participação da pessoa jurídica contratante é fundamental no ato da negociação do reajuste, uma vez que estas podem solicitar e ter acesso às informações sobre receitas e despesas exclusivamente de seus beneficiários e, por conseguinte, podem avaliar a fidedignidade dos dados apresentados pela operadora sobre a sua massa específica de beneficiários, viabilizando melhores condições de negociar os preços e reajustes.

Ademais, a RN 389/2015 dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar e estabelece a obrigatoriedade da disponibilização pelas operadoras do conteúdo mínimo de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil.

Dentre as informações obrigatórias, desde 1º de agosto de 2016, as operadoras devem disponibilizar à pessoa jurídica contratante de plano coletivo empresarial ou por adesão, com formação de preço pré-estabelecido, um extrato pormenorizado em formato eletrônico contendo os seguintes itens considerados para o cálculo do reajuste no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar - PIN-SS:

- I - o critério técnico adotado para o reajuste e a definição dos parâmetros e das variáveis utilizados no cálculo;
- II - a demonstração da memória de cálculo realizada para a definição do percentual de reajuste e o período de observação; e
- III - o canal de atendimento da operadora para esclarecimento de dúvidas quanto ao extrato apresentado.

Importante destacar que o extrato pormenorizado deve ser disponibilizado com o mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência da data prevista para a aplicação do reajuste. Além disso, após a efetiva aplicação do reajuste, os beneficiários poderão solicitar formalmente esse extrato para a administradora de benefícios ou operadora, que terão o prazo máximo de 10 (dez) dias para seu fornecimento.

Por último, esclareça-se que essa Agência definiu no Tema 12 da sua Agenda Regulatória 2019-21, o aperfeiçoamento de medidas regulatórias referentes às características dos contratos e produtos. O tema prevê a discussão de um conjunto de procedimentos associados ao registro de produtos e às regras contratuais incluindo a discussão do aprimoramento das regras referentes aos contratos coletivos.

1.7. Envio do plano de providências solicitado pelo TCU no Acórdão 679/2018- TCU-Plenário.

Segue em anexo, o Ofício 525/2018/PRESI/ANS (SEI 13639681) que contém a apresentação do Plano de Providências da ANS.

2. CONCLUSÃO

Sendo essas as considerações da GEFAP, encaminhe-se a DIRAD/DIPRO para resposta ao consulente.

Documento assinado eletronicamente por Bruno Santoro Morestrello, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar, em 25/07/2019, às 19:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.

04/03/2020

SEI/ANS - 13638808 - Despacho



Documento assinado eletronicamente por RODOLFO NOGUEIRA DA CUNHA, Gerente Econômico-Financeiro e Atuarial dos Produtos (substituto), em 26/07/2019, às 09:40, 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 26/07/2019, às 10:21, 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 13638808 e o código CRC 9C66926B.

Referência: Processo nº 33903.000509/2019-56

SEI nº 13638808

Ofício 525/2018/PRES/ANS

Rio de Janeiro, 12 de dezembro de 2018.

Ao Senhor
MARCELO ANDRÉ BARBOSA DA ROCHA CHAVES
Secretário
Secretaria de Controle Externo da Saúde
Tribunal de Contas da União
SAFS Qd. 4, Lote 1 – Anexo III – Sala 243
70042-900 – Brasília/DF

Assunto: Apresentação do Plano de Providências da ANS, em resposta aos Acórdãos 679/2018 e 1188/2018.

REF: Processo n.º 0216852/2014-6; Ofício nº 0119/2018-TCU/SecexSaúde, de 5/04/2018 com Acórdão 679/2018, acompanhado de relatório e voto que o fundamentam, em sessão do plenário de 28/03/2018, ao apreciar o relatório de auditoria realizada o propósito de avaliar ações da Agência relativas ao reajustamento dos valores dos planos de saúde; Ofício 0238/2018-TCU, Secex/Saúde, 30 de maio de 2018, com o Acórdão 1188/2018 que conheceu dos embargos de declaração do Acórdão 679/2018 sobre a auditoria operacional realizada em face ao processo do reajuste dos planos de saúde, para no mérito, rejeitá-los. Processo SEI ANS n.º 33910.011506/2018-78.

Senhor Secretário,

Cumprimentando-o cordialmente, em atenção ao assunto referenciado, encaminhamos em anexo, Plano de Providências desta Agência Reguladora aos Acórdãos 679/2018 e 1188/2018.

Atenciosamente,


LEANDRO FONSECA DA SILVA
Diretor-Presidente Substituto

**PLANO DE PROVIDÊNCIAS
ACÓRDÃO 679/2018 E 1188/2018 - TCU PLENÁRIO**

INTRODUÇÃO

1. Trata-se de apresentação do plano de providências conforme as determinações dispostas no Acórdão nº 679/2018 e n.º 1188/2018 - TCU - Plenário.
2. **Objeto da auditoria Operacional do TCU:** avaliar as ações da ANS referentes aos reajustes anuais dos planos de saúde suplementar, abrangendo os planos individuais e coletivos.
3. **Origem:** Acórdão 2.485/2012 - TCU-Plenário (TC 030.285/2012)

I - HISTÓRICO SETORIAL

4. A partir de setor específico do Ministério da Saúde, coube à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS cumprir a Lei nº 9.656, editada em junho de 1998. A Agência nasceu com a edição da Medida Provisória nº 2.012-2, de 30 de dezembro de 1999, convertida na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, como instância reguladora de um setor da economia sem padrão mínimo de funcionamento, marcos legais de extrema relevância e impacto para a assistência privada em saúde do País.
5. Sua finalidade institucional é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.
6. A Agência regula um setor formado, em abril de 2018, por 778 operadoras médico-hospitalares e 485 exclusivamente odontológicas em atividade, 47,3 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e 23,16 milhões em planos exclusivamente odontológicos. Do total de beneficiários com planos de assistência médica, 9,14 milhões têm planos com tipo de contratação individual e familiar, 31,61 milhões coletivo empresarial e 6,42 milhões contratam plano coletivo por adesão. Entre os beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, 4,07 milhões têm planos com tipo de contratação individual e familiar, 17,17 milhões coletivo empresarial e 1,89 milhão coletivo por adesão. Praticamente um em cada quatro habitantes possui plano de assistência médica no país.
7. Em abril de 2018, haviam no total 18.442 planos de assistência médica e 4.121 planos exclusivamente odontológicos ativos. Cerca de 137,5 mil estabelecimentos ambulatoriais; 2,5 mil para internação; 20,7 mil serviços de apoio à diagnose e terapia; e 2,3 mil estabelecimentos com atendimento à urgências formavam a rede de estabelecimentos de saúde que atendem ao setor, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (CNES/MS).
8. Além do número expressivo de consumidores, o setor tem relevância econômica para o país: a receita de contraprestações das operadoras médico-hospitalares atingiu R\$ 176,04 bilhões em 2017 e a despesa assistencial correspondeu a R\$ 149,05 bilhões, com 84,66% de sinistralidade. As operadoras exclusivamente odontológicas apresentaram receita de R\$ 3,26 bilhões, despesa assistencial de R\$ 1,53 bilhão e sinistralidade de 46,93%, em dezembro de 2017.
9. O setor dos planos privados de saúde passou por mudanças muito significativas com o advento da regulação estabelecida pela ANS. Vale citar que as operadoras passaram pela adaptação dos seus contratos às coberturas da Lei n.º 9.656/98 e passaram a operar novos produtos com regras muito mais rígidas.
10. Além disso, a legislação padronizou minimamente o acesso de cobertura assistencial e

estabeleceu que não há limite financeiro para a cobertura da assistência à saúde pelas operadoras de planos de saúde, alterando substancialmente os riscos atuariais dos novos produtos.

11. As operadoras de planos de saúde, de naturezas jurídicas e características operacionais muito distintas, para estarem aptas a comercializar de forma definitiva no setor e possuírem a autorização de funcionamento, tiveram que se adaptar a novas regras, adotar plano de contas específico, observar a especialização do objeto social e estatutário e também constituir reservas técnicas mínimas para fazer frente aos riscos da operação.

12. Além disso, o órgão regulador passou por diversos momentos regulatórios nos últimos 18 anos, momentos iniciais e estruturais, de saneamento, refinamento do processo de regulação e contínuos ajustes, sendo que podemos destacar estes momentos em três áreas regulatórias distintas de atuação, baseando-se na conformação da organização interna da ANS, instituída pelo Decreto n.º 3.327, de 5 de janeiro de 2000, regulamentada pela RDC n.º 1, de 7 de janeiro de 2000, que estabeleceu o primeiro regimento interno da ANS. Sobre isso, destacamos as atuações que se deram aos eixos de regulação econômica (da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE), regulação assistencial (da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO), de integração com o SUS (da Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES), fiscalizatória (da Diretoria de Fiscalização - DIFIS) e aprimoramento institucional (da Diretoria de Gestão - DIGES) que foram gestados e geridos, cada um seguindo ritmo próprio, mas todos sempre com o foco na missão institucional.

13. Nesse sentido, vale registrar que a ANS, em virtude das suas características próprias do modelo das Agência Reguladoras no Brasil, de estrutura decisória colegiada, sempre tomou decisões fundamentadas em avaliações técnicas proferidas pelo seu quadro funcional, ao longo dos anos.

14. Ainda no que se refere à conformação institucional, a ANS se organizou por diretorias temáticas. O modelo adotado pela ANS passa obrigatoriamente pela atuação técnica dos servidores que constituem as áreas técnicas, geridas pelos gestores nomeados em cargo de comissão, em cadeia de corresponsabilidade técnica e de gestão, todos estes subordinados hierarquicamente aos Diretores das áreas, nomeados pelo Presidente da República para atuação junto ao órgão regulador, com mandato determinado. As escolhas dos Diretores, para as Diretorias, é realizada por decisão da Diretoria Colegiada, instância máxima da instituição e todos os Diretores são a ela subordinados. Vale repisar ainda que as decisões tomadas nas diversas instâncias gestoras do órgão regulador são todas baseadas em critérios técnicos construídos por servidores especialistas nas temáticas regulatórias específicas das unidades, que constituem a base de aconselhamento técnico necessário às tomadas de decisões junto às instâncias até a deliberação máxima pela Diretoria Colegiada.

15. No que se refere ao processo de definição do reajuste dos planos de saúde, ao longo dos 18 anos de existência da ANS, este tem sido um tema que sempre gerou muito esforço das equipes técnicas do órgão, sendo tema de responsabilidade regimental da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.

16. Inúmeros foram os desafios enfrentados pelo órgão regulador tanto no que se refere ao modelo de precificação do produto, como o reajuste a ser estabelecido, pois são temas afins, bastante complexos, que envolvem aspectos sistêmicos não apenas das operadoras, como do setor como um todo e ainda estão intimamente ligados à sustentabilidade da operação e garantia da continuidade do serviço.

17. De início, já podemos citar todos os entraves judiciais enfrentados na regulação, especialmente em virtude da discussão sobre ato jurídico perfeito no STF (ADI 1931) e os contratos firmados antes da Lei 9.656/98. Cada operadora possuía inúmeros contratos não adaptados à nova legislação, havia inúmeras dificuldades na transposição do modelo jurídico que a lei estabeleceu e que impactou na conformação dos preços e no estabelecimento das regras de reajustamento dos contratos.

II – DA METODOLOGIA ADOTADA PARA O REAJUSTE

18. A ANS, naquele período (ano 2000), não detinha estoque regulatório suficiente e informações mínimas dos diversos modelos de operação existentes (desde a natureza jurídica da operadora e sua classificação, como da segmentação contratual) e considerando este cenário se optou por não interferir nos cálculos propostos pelas operadoras e observar ajuste próprio de mercado para os contratos de planos coletivos (mercado coletivo), que haviam maior disputa pelas operadoras e poder de negociação das empresas financiadoras do sistema, passando para uma atuação do monitoramento dos preços. Contudo, esta regra não foi aplicada aos planos individuais, que necessariamente passaram pelo crivo técnico da ANS ao considerar o consumidor pessoa física, agente hipossuficiente na contratação do serviço.
19. Vale mencionar o grande avanço adotado pela ANS na metodologia estabelecida que partiu da premissa de um modelo cujo valor é um limite máximo para todas as operadoras, uma opção considerada melhor, para aquele momento, do que uma avaliação casuística do órgão regulador.
20. Vale mencionar que, na metodologia utilizada até o ano de 2018, o reajuste máximo permitido é calculado com base nos dados dos reajustes de planos coletivos acima de 30 vidas. Procura-se transferir para o mercado de planos individuais a capacidade de negociação dos maiores contratantes de planos empresariais, expurgados os *outliers*. Tal metodologia é conhecida na teoria econômica como *yardstick regulation*, tendo sido a base teórica para os reajustes calculados pela ANS até então.
21. A metodologia trabalha com o conjunto de medidas estatísticas de tendência central dos reajustes dos planos coletivos com mais de 30 (trinta) vidas, que são na realidade contratações que passam por maior disputa concorrencial de oferta e preço pelas operadoras, ou seja — a metodologia tem o desígnio de conferir aos planos contratados por pessoas físicas o poder de negociação existente nos contratos de pessoas jurídicas. Este modelo de reajuste dos planos individuais da ANS sempre foi objeto de revisitação e ponderação técnica dos servidores concursados. Podemos citar os ajustes metodológicos ocorridos nos anos de 2008 e 2009 de alteração da média ponderada para trimédia (Notas Técnicas n° 422, 423 e 726/2008/GGEFP/DIPRO/ANS para os reajustes de 2008/2009 e de 2009/2010, enquanto a Nota Técnica n° 1.060/2010/GGEFP/DIPRO/ANS trata do retorno à aplicação da média ponderada) e posteriormente as considerações técnicas sobre a aplicação de fatores exógenos à metodologia, conforme exposto na Nota 314/2009/GGEFP/DIPRO, de 16 de abril de 2009.
22. Importante frisar, portanto, que as deliberações sobre os percentuais de reajustes nos períodos em que foram incluídos os fatores exógenos foram amparadas em notas técnicas produzidas pelo órgão técnico da ANS.
23. Abaixo, consta o registro das manifestações das áreas técnicas que subsidiaram a decisão dos Diretores da ANS:

ANO	EMISSOR	Nº NOTA	DATA	%	RDC/RN (D.O.U.)	DATA (D.O.U.)
2009	GGEFP/DIPRO	258/2009 315/2009	03/04/2009 16/04/2009	Até 6,76%	DECISÃO DA DICOL DE 24/04/2009	27/04/2010
2010	GGEFP/DIPRO	1060/2010	05/05/2010	Até 6,73%	DECISÃO DA DICOL DE 11/06/2010	14/06/2010
2011	GGEFP/DIPRO	305/2011 907/2011	04/04/2011 06/07/2011	Até 7,69%	DECISÃO DA DICOL DE 07/07/2011	08/07/2011

2012	GGEFP/DIPRO	411/2012	29/03/2012	Até 7,93%	DECISÃO DA DICOL DE 28/06/2012	29/06/2012
		476/2012	02/04/2012			
		1540/2012	10/05/2012			
2013	GGEFP/DIPRO	486/2013	17/04/2013	Até 9,04%	DECISÃO DA DICOL DE 19/07/2013	22/07/2013
		487/2013	17/04/2013			
2014	GGEFP/DIPRO	1231/2014	12/05/2014	Até 9,65%	DECISÃO DA DICOL DE 03/07/2014	04/07/2014
2015	GGEFP/DIPRO	590/2015	07/04/2015	Até 13,55%	DECISÃO DA DICOL DE 03/06/2015	05/06/2015
		591/2015				
2016	GEFAP/GGREP/DIPRO	991/2016	18/04/2016	Até 13,57%	DECISÃO DA DICOL DE 01/06/2016	06/06/2016
		1265/2016	18/05/2016			
2017	GEFAP/GGREP/DIPRO	061/2017	17/04/2017	Até 13,55%	DECISÃO DA DICOL DE 18/05/2017	19/05/2017

III - DOS ESTUDOS DESENVOLVIDOS

24 Os estudos para desenvolvimento de uma nova metodologia de cálculo do reajuste de planos individuais/familiares tiveram início a partir de 2010, quando se promoveu uma Câmara Técnica sob a coordenação da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO com a finalidade de discutir a sistemática de reajuste dos planos individuais/familiares e a possibilidade de construção de um novo modelo de reajuste para esses planos.

25 A Câmara Técnica foi aprovada na 255ª Reunião da Diretoria Colegiada da ANS, realizada em 19/05/2010 e tinha como objetivo discutir a sistemática de reajuste dos planos individuais/familiares e avaliar a possibilidade de implementação de um modelo que refletisse com maior eficiência a variação anual dos custos do setor de saúde suplementar, considerando-se eventuais melhorias de produtividade, qualidade e eficiência das operadoras de planos de saúde, baseado no modelo Price Cap (Preço Teto).

26 Considerando o fato do reajuste de planos de saúde ser baseado em um índice de preços e quantidades, o modelo foi denominado *Value Cap* (Valor Teto).

27 Participaram dessa Câmara servidores especialistas indicados de todas as diretorias da Agência e de entidades representativas das operadoras e dos consumidores, como o IDEC, PROCON de São Paulo e o então Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor do Ministério da Justiça.

28 Apesar de haver avanços significativos na disponibilidade de dados no setor, restou-se evidenciado que a alteração do modelo de reajuste seria comprometida porque os dados contábeis coletados pela Agência ainda não permitiam validação de método baseado diretamente na variação de custos médico-hospitalares de planos individuais/familiares.

29 Os estudos foram encerrados em 30/11/2011, com a conclusão de que seria necessária a utilização de uma série de dados ampliada, reavaliação dos critérios da amostra de operadoras e novas simulações que avaliassem a viabilidade da utilização dos dados contábeis para apuração da Variação dos Custos Médico-Hospitalares.

30 Todos os documentos referentes a essa discussão estão disponíveis na página eletrônica da ANS, em <http://www.ans.gov.br/index.php/participacao-dasociedade/camaras-tecnicas/18-camara-tecnica-do-novo-modelo-de-reajuste>.

31 Em seguida, a ANS prosseguiu com o estudo do aprimoramento da metodologia de cálculo do índice de reajuste dos planos individuais/familiares, sendo os resultados dos estudos realizados nos anos seguintes à Câmara resumidos na Nota Técnica no 1241/2014/GGEFP/DIPRO/ANS.

32 Apesar da melhoria dos dados contábeis das operadoras de planos de saúde, não se verificava, ainda, a possibilidade de implementação de um índice setorial baseado exclusivamente nos dados da carteira de planos individuais/familiares. Ressaltou-se, ademais, que a apuração de índices setoriais com base nos dados consolidados das operadoras (carteira de planos individuais/familiares e coletivos) revelou índices próximos aos reajustes máximos autorizados pela ANS para o período analisado (o triênio entre 2010 e 2012).

33 Em março de 2015, a ANS, por meio de Cooperação Técnica com a Organização Pan-Americana da Saúde, divulgou o documento técnico contendo a avaliação da metodologia e dos resultados do "Price Cap" desenvolvidos em estudos da ANS. O documento pode ser acessado pelo

link:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2018/reuniao_8_avaliacao_da_metodologia_e_dos_resultados_do_price_cap
http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2018/reuniao_8_avaliacao_da_metodologia_e_dos_resultados_do_price_cap.pdf

34 Em 29 de abril de 2015 foi instaurado Grupo de Trabalho - GT de Política de Preços que teve como objetivo realizar estudos e elaborar proposta acerca da Política de Preços no Setor de Saúde Suplementar, a fim de incentivar a concorrência e viabilizar a sustentabilidade econômica do setor. As conclusões do GT estão escritas na Nota 281/2015/GGREP/DIPRO.

35 Em 2017, a ANS deu continuidade na avaliação da política de preços e reajustes de planos de saúde, tema que foi tratado na 7ª Reunião do Comitê da Regulação da Estrutura de Produtos, realizada em 08/12/2017. Posteriormente, por intermédio da 8ª Reunião do Comitê de Regulação, ocorrida em 06/02/2018, foi objeto de discussão uma proposta de nova metodologia para cálculo dos reajustes dos planos individuais/familiares. Maiores informações sobre o referido Comitê podem ser acessadas na página da ANS, em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/comite-de-regulacao-da-estrutura-dos-produtos>.

36 Todo esse histórico de discussões técnicas sobre a avaliação da política de preços e reajustes de planos de saúde estão colocados de forma transparente e encontram-se descritos no documento de Análise de Impacto Regulatório, disponível no caminho http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/50398_AIR%20-%20Nova%20Pol%C3%ADtica%20de%20Pre%C3%A7os%20e%20Reajustes_Vers%C3%A3o%2019-02-18_Final.pdf. Após à 8ª Reunião do Comitê de Regulação, a DIPRO encaminhou para a Diretoria Colegiada propostas alternativas de revisão do modelo, com base nas discussões internas e nas contribuições recebidas no âmbito do Comitê de Regulação dos Produtos, que contou com a participação de representantes do setor de saúde suplementar, de entidades representativas das operadoras de planos de saúde, de prestadores de serviços de saúde e órgãos de defesa do consumidor. A Diretoria Colegiada da ANS, após análise da proposta apresentou questionamentos os quais foram objeto de avaliação pela área técnica da DIPRO e foram divulgados ao público por ocasião da documentação da Audiência Pública ocorrida nos dias 24 e 25 de julho. Os documentos podem ser acessados no caminho: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/audiencias-publicas/audiencias-publicas-realizadas/audiencia-publica-10>. 37 Durante a referida Audiência Pública, foram colhidos subsídios da sociedade para construção de uma nova metodologia para cálculo do reajuste dos planos individuais/familiares.

37 Posteriormente, a DIPRO submeteu à Diretoria Colegiada uma nova proposta de metodologia de reajuste dos planos individuais/familiares, tendo sido apreciada pelo órgão colegiado e aprovada a realização de uma nova Audiência Pública sobre essa proposta.

Ato contínuo, ocorreu, no dia 13 de novembro de 2018, a Audiência Pública nº 13, com o intuito

de prosseguir nas discussões de uma nova proposta de metodologia para cálculo do reajuste dos planos individuais/familiares. Todos os documentos referentes a esta Audiência Pública podem ser obtidos no endereço: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/audiencias-publicas/audiencia-publica-13>. Além disso, a ANS divulga os percentuais de reajuste aplicados aos planos individuais, desde 2000, em sua página da ANS na internet: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-precos-de-planos-de-saude/historico-de-reajuste-por-variacao-de-custo-pessoa-fisica>.

IV – DOS APONTAMENTOS DO TCU

38 Antes de adentrar no Plano de Providências e ainda sobre o processo de revisão do modelo de reajuste, cabe esclarecer o achado V do TCU: “Insuficiência de mecanismos para evitar a ocorrência do duplo impacto da atualização do rol de procedimentos.”

39 Segundo consta do Acórdão n.º 679/2018:

“A partir de 2009, a ANS passou a calcular um percentual específico de reajuste, referente ao impacto dos fatores exógenos sobre as despesas das operadoras, como a atualização do rol de procedimentos médicos, morbidades epidêmicas ou pandêmicas e outros fenômenos extraordinários que afetam o custo das operadoras (peças 41, p. 34-61, e 40, p.1-11). Contudo, como a atualização do rol de procedimentos médicos já é considerada pelas operadoras na pactuação de reajustes dos planos coletivos, não há justificativa para a adição de uma parcela adicional referente a eles no cálculo do percentual máximo de reajuste dos planos individuais.

A inclusão de um percentual específico de reajuste referente à atualização do rol de procedimentos pode impactar em duplicidade os reajustes dos planos individuais, uma vez que essa atualização também impacta na definição dos percentuais de reajuste dos planos de saúde coletivos, visto que acarreta o crescimento das despesas assistenciais das operadoras. Assim, os fatores exógenos podem influenciar na definição do percentual de reajuste quando a ANS calcula o percentual separadamente e influencia também quando a ANS utiliza a média dos reajustes dos planos coletivos, que também consideraram na sua composição de preços os fatores exógenos, em virtude do crescimento das despesas assistenciais. Na leitura das notas técnicas de reajuste, não se verificou que a ANS adotasse qualquer procedimento de forma a evitar este duplo impacto.

Em reunião realizada na ANS no dia 6/3/2015, técnicos da Agência reconheceram que o estabelecimento de um percentual de reajuste referente à atualização do rol de procedimentos, que está embutido no percentual referente aos eventos exógenos, pode acarretar uma dupla contabilização da atualização do rol, mas que não é possível afirmar com certeza qual o seu impacto nos reajustes anuais máximos autorizados pela ANS.

É importante registrar que nos exercícios de 2012, 2013 e 2015 o percentual máximo de reajuste foi majorado em decorrência do duplo impacto da atualização do rol, o que pode ter trazido prejuízos aos beneficiários de planos individuais. Uma vez que os valores atuais das contraprestações dos planos individuais de contratos anteriores a 2012 foram impactados três vezes pela adição da parcela dos fatores exógenos, os beneficiários desses planos podem atualmente estar pagando contraprestações que foram reajustadas irregularmente. Ademais, os próximos reajustes percentuais serão calculados com base em um valor absoluto maior, portanto também serão majorados devido à inclusão da parcela dos fatores exógenos nos exercícios anteriores.

Desta forma, entende-se cabível determinar à ANS que, ao estabelecer o índice de

reajuste anual dos planos de saúde individuais, adote procedimentos que possibilitem eliminar o duplo impacto da atualização do rol de procedimentos, considerando que a atualização do rol de procedimentos é considerada pelas operadoras de planos de saúde na definição dos reajustes dos planos de saúde coletivos, que são utilizados para o cálculo do reajuste dos planos individuais, e é considerada, outrossim, no percentual específico referente ao 'impacto de fatores exógenos'.

Espera-se, com a implementação da determinação proposta, que haja redução do percentual de reajuste máximo dos planos individuais nos próximos anos, beneficiando cerca de 9,4 milhões de beneficiários."

- 40 O tema foi novamente objeto de consideração do TCU, conforme o Acórdão n.º 1188/2018:

"Relativamente ao item 9.1.2, a ANS argumenta:

"12. (...) não existem evidências técnicas acerca da assertividade da afirmação de que o duplo impacto efetivamente tenha ocorrido.

13. Não obstante a adequada metodologia de reajuste implementada pela ANS durante mais de dezesseis anos, a teoria econômica da regulação evoluiu e o setor de saúde suplementar se consolidou com informações mais precisas e detalhadas. Ao longo desse processo, a ANS armazenou dados e desenvolveu conhecimento sobre a saúde suplementar, que ensejaram discussões sobre o método utilizado para a definição do índice máximo de reajuste dos planos individuais/familiares.

14. Tal metodologia vem sendo objeto de reavaliação pela ANS desde 2010, quando foi criada uma Câmara Técnica com a finalidade de discutir a sistemática de reajuste dos planos individuais/familiares e a possibilidade de construção de um novo modelo de reajuste para esses planos.

15. No ano de 2015 foi instituído o Grupo de Trabalho - GT sobre Política de Preço no Setor de Saúde Suplementar. Essa discussão regulatória prosseguiu, tendo sido apresentadas em 8 de dezembro de 2017 e 6 de fevereiro de 2018, no âmbito do Comitê de Regulação de Reajustes e Preços da Saúde Suplementar, novas propostas por parte da ANS para a sistemática de reajustes, incluindo a dos planos individuais. O conjunto dessas propostas pode ser visualizado por intermédio do acesso à página da ANS na internet (...).

16. Importante esclarecer que, por ocasião da entrada em vigor do novo Rol em 2015, não foram calculados os efeitos provenientes de eventuais impactos do Rol e, portanto, não incorporados ao índice de reajuste autorizado em 2017. Isso porque, na ocasião da apuração do índice, verificou-se uma forte desaceleração na componente preço do índice (e da inflação em geral) e, tendo em vista que o cálculo se dá a partir de uma base retrospectiva, decidiu-se, à época, pela não incorporação. Desse modo, merece destaque que a última incorporação de efeitos provenientes de atualização do rol de procedimentos ocorreu por ocasião do cálculo do reajuste de 2015. Para as próximas edições é esperado que a mudança da metodologia preconizada por esta área técnica dispense a necessidade de metodologias acessórias para esta finalidade" (os destaques são do original).

... 18. É certo que a equipe de auditoria desta Corte não logrou comprovar categoricamente a ocorrência do cômputo em duplicidade, no cálculo dos índices de reajuste dos planos familiares, das alterações promovidas no rol de procedimentos de cobertura obrigatória. Contudo, a ANS, de sua parte, também não logrou demonstrar que o erro não foi cometido. Daí, inclusive, a determinação aludir a "possível cômputo em duplicidade". Transcrevo o trecho do voto onde a questão foi tratada:

"24. Com relação ao possível cômputo em duplicidade, nos reajustes dos planos individuais, das mudanças promovidas pela Agência no rol de procedimentos e eventos em saúde, embora a autarquia assevere 'não ser possível afirmar a existência de dupla contagem, ou em que grau ela se daria' (peça 80, p. 29), e tampouco o relatório de auditoria apresente elementos conclusivos a respeito, a probabilidade de erro é, sim, bem elevada, dada a metodologia de cálculo atualmente empregada" (grifei).

19. É de se notar que a ANS sinaliza não pretender, doravante, incorporar os efeitos da atualização do rol nos próximos reajustes. Isso, todavia, despidido de análise técnica mais acurada, pode mesmo ser tomado como reconhecimento tácito de que, no passado, o duplo impacto efetivamente se verificou."

41 A respeito das considerações do TCU, a ANS afirma que:

- Sobre o apontamento trazido na reunião mencionada do dia 06/03/2015, reitera-se que não há evidências técnicas da ANS que comprovem que tal fato (dupla contabilização) tenha acontecido;
- registre-se que os eventos exógenos são fenômenos extraordinários que podem afetar sobremaneira os custos das operadoras. Exemplos: surtos de morbidades epidêmicas ou pandêmicas; problemas cambiais, inflações excessivas, judicialização excessiva e indevida, inclusão e exclusão dos procedimentos cobertos nos contratos entre operadoras e beneficiários;
- não há reconhecimento tácito pela ANS de verificação de duplo impacto no passado com a mudança do modelo, considerando que esta é decorrente do processo de aprimoramento regulatório. Sobre este ponto, deve-se destacar principalmente que a Agência veio evoluindo na contabilização apartada das despesas médicas e hospitalares referentes ao universo de planos individuais/familiares, o que veio a permitir um amadurecimento no sentido da construção de uma nova metodologia de reajuste baseada na variação dessas despesas. Como a seguir se demonstrará, os estudos efetivados por esta Agência e amplamente divulgados à sociedade demonstram que, ao longo dos anos e até 2017, os índices de reajustes divulgados pela ANS, quando comparados com a variação dos custos do setor, não trouxeram vício estrutural, sendo certo que a aplicação dos fatores exógenos ao longo dos anos foram justificados tecnicamente por este órgão regulador.

V - DAS DETERMINAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO ACÓRDÃO

42 São as determinações e recomendações do Acórdão, listadas nos itens 9.1 e 9.2:

"9.1. determinar à Agência Nacional de Saúde Suplementar que:

9.1.1. elabore e envie a esta Corte, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, se ainda não o fez, plano de providências contemplando a instituição de mecanismos de atuação que permitam a efetiva aferição da fidedignidade e a análise crítica das informações econômico-financeiras comunicadas à autarquia pelas operadoras de planos de saúde, mormente no que se refere à retomada das visitas técnicas às empresas e ao tratamento dos casos em que identificadas práticas abusivas contra os consumidores;

9.1.2. reavalie a metodologia atualmente utilizada para definição do índice máximo de reajuste dos planos individuais/familiares, de modo a prevenir, com segurança, os efeitos de possível cômputo em duplicidade da variação associada à atualização do rol de

procedimentos e eventos em saúde, haja vista tal variação, presumivelmente, já ser levada em conta pelas operadoras na definição dos reajustes dos planos coletivos;

9.2. recomendar à Agência Nacional de Saúde Suplementar que avalie a conveniência e a oportunidade de passar a exigir das operadoras de planos de saúde, por ocasião dos reajustes de preços, a disponibilização, aos respectivos contratantes, de informações que permitam a aferição do correspondente índice de sinistralidade verificado no período anterior, como a discriminação e os quantitativos de procedimentos efetivamente demandados pelos beneficiários e os valores pagos aos prestadores de serviços."

VI - DAS PROVIDÊNCIAS PARA AFERIÇÃO DA FIDEDIGNIDADE DO REAJUSTE DOS PLANOS COLETIVOS – ITEM 9.1.1

43 No que se refere ao plano de providências contemplando a instituição de mecanismos de autuação que permitam a efetiva aferição da fidedignidade e a análise crítica das informações econômico-financeiras comunicadas à autarquia pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, mormente no que se refere à retomada das visitas técnicas às empresas e ao tratamento dos casos em que identificadas práticas abusivas contra os consumidores, vale ressaltar o esclarecimento prestado pela Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras - DIOPE, por meio do DESPACHO Nº: 15/2018/GGAME/DIRAD-DIOPE/DIOPE (6456319), relativos à natureza das informações econômico-financeiras e ao objetivo das visitas técnicas atualmente realizadas por aquela Diretoria:

"...existem informações econômico-financeiras de duas naturezas: as relacionadas aos produtos das operadoras (que subsidiam a avaliação do reajuste anual de planos de saúde), e as relacionadas às Demonstrações Contábeis das Operadoras, que subsidiam a avaliação de liquidez e solvência dessas entidades. O primeiro conjunto de informações está relacionado às competências da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, o segundo conjunto à Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras."

*...
"...a execução de visitas técnicas econômico-financeiras pela DIOPE tem como objetivo último verificar se as práticas contábeis bem como os controles internos e gerenciais utilizados pela operadora são adequados para a produção de informações econômicas, financeiras e patrimoniais fidedignas que demonstrem sua efetiva situação de liquidez e solvência, bem como a adequada constituição das garantias financeiras e ativos garantidores. Essas informações são encaminhadas à ANS por meio do DIOPS que registra saldos contábeis sintéticos cujo lançamento deve seguir a formatação padrão do Plano de Contas da ANS previsto na RN nº 290/2012."*

44 Ressalte-se que a retomada de visitas técnicas de cunho econômico financeiro para fins de acompanhamento da solvência e do atendimento da regulação prudencial foi objeto do item 9.1 do Acórdão 79/2017 (Processo 023.176/2015-6) e já foi atendida pela ANS.

45 Vale ainda registrar que são tomadas providências para aferição da fidedignidade do reajuste dos planos coletivos. A análise das informações sobre reajustes e preços prestadas pelas operadoras é realizada pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO por meio de ações de monitoramento que a seguir serão apresentadas e que também incluem a realização de visitas técnicas desta Diretoria, quando necessário.

VII – DO MONITORAMENTO DO REAJUSTE DOS PLANOS COLETIVOS

46 A ANS monitora anualmente os comunicados de reajustes aplicados aos contratos dos planos coletivos médico-hospitalares e vem permanentemente aprimorando este processo de trabalho iniciado em 2015, com a verificação da fidedignidade dos comunicados de reajustes coletivos.

47 Importante salientar que a ação de monitoramento se dá tanto para fins de cálculo do reajuste individual, quanto para verificação das informações prestadas nos comunicados de reajustes coletivos, inclusive quanto à forma de cálculo e observância às cláusulas contratuais.

48 Essas ações perpassam por fases que vão desde a realização de oficinas com as operadoras sobre reajuste coletivo, monitoramento remoto por meio de solicitação de dados comprobatórios dos reajustes, **podendo findar na realização de reuniões e, quando necessário, em visitas técnicas às operadoras para verificação das informações prestadas.**

49 Neste momento, encontra-se em elaboração proposta de Instrução Normativa para regulamentar as visitas técnicas no âmbito da Gerência Econômico Financeira e Atuarial dos Produtos – GEFAP/GGREP/DIPRO.

50 A proposta busca criar critérios objetivos para a seleção da amostra de operadoras que serão alvo da visita técnica e lista os documentos e as informações a serem apresentadas. Além das informações relativas aos reajustes dos contratos coletivos, serão verificadas as políticas das operadoras sobre cláusulas de reajustes e formação de preço, assim como colher insumos para melhoria do processo regulatório.

51 A minuta de Instrução Normativa sobre visita técnica foi objeto de apreciação pela Diretoria Colegiada da ANS no último dia 18/12/2018, em que foram solicitados alguns ajustes pelos Diretores. A reunião está disponível para consulta no link: <https://www.youtube.com/watch?v=5MJ0v2j4Ra8>

52 As operadoras que comercializam planos coletivos médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, com formação de preço pré-estabelecida, independentemente da data da celebração do contrato, devem comunicar à ANS os reajustes aplicados, tanto os positivos e os negativos, quanto a ausência de reajuste, de acordo com os arts. 13 e 15 da RN nº 171/2008. Os procedimentos necessários para comunicação do reajuste aplicado, dentre eles o prazo para envio, estão disciplinados na IN DIPRO nº 13/2006 e seus anexos, sendo descritas as informações mínimas obrigatórias para que o comunicado seja incorporado com sucesso à base de dados do sistema de Reajuste de Planos Coletivos – RPC.

53 Com relação às informações sobre a evolução dos preços dos planos coletivos, materializada no reajuste informado, um dos monitoramentos consiste no levantamento de operadoras que não encaminharam os comunicados de reajuste no prazo previsto pela IN DIPRO nº 13/2006. Uma vez constatada a ausência do comunicado, instaura-se um procedimento de representação para apurar a responsabilidade da operadora infratora, que pode receber uma multa pecuniária de até R\$ 25.000,00 pela ausência da informação ou pelo envio fora do prazo estabelecido, conforme previsto no art. 35 da RN nº 124/2006:

"Art. 35. Deixar de enviar à ANS ou enviar, fora do prazo previsto na regulamentação, documento ou informação periódica: Sanção - multa de R\$ 25.000,00. (Alterado pela RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

§ 1º Para efeito do previsto no caput deste artigo, somente serão considerados os envios das informações periódicas remetidas em atendimento aos normativos vigentes. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§ 2º A multa será individualizada por documento ou informação periódica não encaminhada ou encaminhada fora do prazo. (Incluído pela RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

§ 3º Caso a informação obrigatória deixe de ser encaminhada, por período superior ao previsto no §2º do art. 17 desta Resolução, poderá ser aplicada a penalidade de cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira de beneficiários, na forma prevista nesta Resolução Normativa. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§ 4º Caso a informação obrigatória deixe de ser encaminhada por períodos sucessivos, a multa prevista no caput será acrescida de 1/5 (um quinto) por período não encaminhado e/ou encaminhados em caráter intempestivo. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)"

54 Ressalte-se que a ANS monitora permanentemente tais planos desde junho de 2000, sendo a última conferência realizada em julho de 2016 relativa a reajustes aplicados no período de maio/2011 a abril/2015. Nesta oportunidade foram realizadas notificações a 841 operadoras que não apresentaram ao menos um comunicado de reajuste pelo sistema de Reajuste de Planos Coletivos - RPC para produtos de planos coletivos com beneficiários vinculados no período supracitado. Após isso, 354 operadoras regularizaram as pendências apontadas (42%) e tiveram seus processos arquivados. As 487 operadoras restantes foram representadas (58%) em decorrência de omissão no envio de comunicado de reajuste de plano coletivo e os processos estão em fase final de análise. A próxima rodada de representações deve ser iniciada brevemente.

55 De acordo com a metodologia denominada *Yardstick Competition*, vigente desde 2001, o reajuste individual é calculado por meio de medidas estatísticas de tendência central dos planos coletivos médico-hospitalares incorporados ao RPC nos 12 (doze) meses anteriores e informados à ANS até 30 de março do ano a que se refere o reajuste, desconsiderando-se os comunicados que contêm valores de reajuste classificados como outliers, com base na metodologia Box Plot 1,5.

56 Na rotina de monitoramento, que ocorre em período anterior ao cálculo do reajuste dos planos individuais/familiares, são gerados relatórios para identificar contratos de operadoras com índices de reajustes considerados destoantes em relação à média do mercado (outliers) e operadoras que apresentaram grande divergência na comparação do número de beneficiários vinculados a planos coletivos informados no Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) e o somatório dos beneficiários informados nos comunicados RPC. As planilhas com as informações consolidadas são encaminhadas às operadoras para validação das informações prestadas, que devem responder perguntas relacionadas ao índice de reajuste aplicado, à regra de reajuste único para agrupamento de contratos (Pool de Risco), além de dados sobre a Pessoa Jurídica Contratante e de identificação do responsável nas operadoras pelas informações prestadas.

57 Os monitoramentos para fins de cálculo de reajuste dos planos individuais realizados nos anos de 2015 a 2017 foram relatados na Nota nº 49/2017/GEFAP/GGREP/DIPRO em resposta ao Ofício nº 0123/2017-TCU. O monitoramento realizado no ano de 2018 seguiu a mesma sistemática do ano de 2017, com envio de documento às operadoras, denominado "Extrato de RPC" para validação das informações pelas operadoras. Foram considerados os comunicados de reajuste aplicados pelas operadoras no período de março de 2017 a fevereiro de 2018 constantes da base de dados do sistema RPC. Ao todo foram selecionadas 63 operadoras, sendo 10 pelo critério de identificação de valores de reajuste destoantes (outliers) e 53 pelo critério de divergência entre o número de beneficiários informados no cadastro oficial da ANS por meio do Sistema de Informação de Beneficiários - SIB e o somatório de beneficiários informados nos comunicados de reajuste do sistema RPC.

58 Foram encaminhados para validação 575.723 comunicados, que se referem ao mesmo número de contratos/apólices, uma vez que a comunicação de reajuste é realizada para cada um dos contratos/apólices associados aos produtos registrados na ANS. A estes contratos estão vinculados cerca de 18,5 milhões de beneficiários, de acordo com dados atualizados do SIB até março/2018.

59 A verificação das informações prestadas pelas operadoras está em andamento na área

técnica, com solicitação de informações complementares para subsidiar a análise final, podendo desencadear na abertura de processos administrativos para apuração de indícios de infração.

60 No que diz respeito ao encaminhamento dos percentuais de reajustes coletivos pelo sistema RPC, vale dizer que os comunicados enviados pelas operadoras são submetidos a critérios iniciais de preenchimento que são verificados pelo sistema de recepção de arquivos da ANS, antes de serem aceitos para incorporação à base de dados do RPC. Esse procedimento padrão adotado pelos sistemas da ANS impede a entrada de dados com erros básicos de preenchimento (ex. o código da operadora informado no comunicado tem que constar nos cadastros da agência). Comunicados que estejam fora de conformidade com as críticas iniciais são rejeitados e não são incorporados à base de dados até o reenvio das informações corrigidas, caso ocorra.

61 Além disso, sobre a base incorporada do RPC, após as críticas de recepção dos arquivos, são executados os seguintes procedimentos de limpeza e tratamento dos dados:

a) Exclusão de duplicidades

62 As duplicidades excluídas são referentes a comunicados que informam exatamente o mesmo conteúdo nos principais campos de identificação do comunicado (registro da operadora, registro do plano, número do contrato, início do período de aplicação, quantidade de beneficiários e percentual de reajuste aplicado). Essas duplicidades decorrem da forma como é estruturado o banco de dados de reajuste para o preenchimento do campo “alteração de franquia/coparticipação”. Quando a operadora indica que houve alteração de franquia ou coparticipação na negociação do reajuste anual, o sistema também solicita o detalhamento dos itens de despesa daquele contrato impactados pela alteração (ex: exames, consultas, internações, etc). Assim, a base de dados do sistema passa a registrar múltiplas observações na tabela de consulta do RPC – cada uma associada a um item de despesa distinto – gerando assim as duplicidades, que são excluídas.

b) Tratamento de comunicados múltiplos

63 A base precisa ser processada para o tratamento adequado dos contratos que apresentam comunicados múltiplos para uma mesma apólice, referentes aos casos especiais previstos no Anexo 2 da IN/DIPRO nº 13/2006, quais sejam: (a) comunicados de reajuste “em negociação”, (b) para os casos de contratos não adaptados às normas atuais de reajuste e que aplicam reajustes por data de adesão, ou (c) que aplicam reajustes parcelados e (d) para os comunicados de retificação de comunicados anteriores.

64 Todas essas informações sobre os tratamentos da base de comunicados de reajustes do sistema RPC constam da NOTA TÉCNICA Nº 1/2018/COMEP/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, juntada ao processo SEI nº 33910.011378/2018-6, que descreve a metodologia de apuração do percentual máximo de reajuste que incidirá sobre os planos individuais/familiares no período de 1º de maio de 2018 a 30 de abril de 2019, e já foram fornecidas ao TCU por meio da Nota Técnica nº 1264/2016/GEFAP/GGREP/DIPRO (6911772), em atendimento ao Ofício nº 0245/2016-TCU/Secex, de 29 de abril de 2016.

c) Monitoramento dos reajustes em contratos agrupados

65 Com a edição da RN nº 309/2012, a ANS passou a disciplinar o reajuste aplicado aos contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários. De acordo com este normativo, os reajustes anuais dos planos coletivos de todos os contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários de uma

determinada operadora devem ser calculados através do agrupamento desses contratos (Pool de Risco), resultando assim em um único percentual a ser aplicado. A ANS pretendeu com esta medida introduzir um maior mutualismo para o cálculo do reajuste e a redução do risco de cada contrato, que ficaria melhor distribuído e diluído dentro de um grupo maior.

66 As operadoras ficam obrigadas ainda a divulgar o percentual de reajuste em seu endereço eletrônico na internet, no primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, devendo também identificar os contratos que receberão o reajuste e seus respectivos planos. Também deve ser observada a obrigação de informar o percentual aplicado por meio do boleto e da fatura de cobrança, conforme estabelece a RN nº 171/2008, bem como o envio do comunicado de reajuste pelo sistema RPC.

67 Para induzir o cumprimento da norma e dar transparência aos índices aplicados, optou-se por realizar pesquisa pela plataforma FormSUS. Desta forma, desde o início da vigência da RN nº 309/2012, é realizada uma pesquisa anual de reajustes aplicados aos contratos agrupados por meio de consulta às operadoras. A última pesquisa foi realizada entre os dias 23/10/2017 e 24/11/2017, junto a 712 operadoras que possuíam contratos coletivos médico-hospitalares com beneficiários em pelo menos 12 meses consecutivos desde maio/2016, por meio do preenchimento de formulário eletrônico disponibilizado pelo link: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=34966.

68 A pesquisa foi respondida por 612 operadoras de planos de saúde, dentre as quais 482 possuíam contratos elegíveis ao agrupamento de contratos previstos na RN nº 309/2012, 130 informaram que não os possuíam e 112 não responderam. A soma supera o número de operadoras selecionadas, pois algumas operadoras que não constavam da lista inicial responderam, embora estivessem desobrigadas por não possuírem beneficiários vinculados a planos coletivos na modalidade de pré pagamento. Após o fim do período de validade da pesquisa, a GEFAP oficiou, via PTA, 165 operadoras para que respondessem a pesquisa ou justificassem o não envio das informações solicitadas. O link permaneceu aberto até 23/12/2017 para cumprimento da obrigação e, após este período, restaram 112 operadoras que não responderam, dentre estas 3 (três) com registro na ANS cancelado, para as quais serão lavrados autos de representação, que podem resultar em multa pecuniária prevista no art. 34 da RN nº 124/2006:

"Envio de informações das operadoras e dos prestadores de serviços"

Art. 34. Deixar de encaminhar à ANS, no prazo estabelecido, os documentos ou as informações devidas ou solicitadas, exceto na hipótese do artigo anterior: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção - multa de R\$ 25.000,00. (Alterado pela RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)"

69 Assim sendo, é possível verificar que ao longo dos anos as melhorias efetivadas no sistema RPC e o incremento no número de operadoras monitoradas por ano, com maior representatividade em termos de números de contratos e beneficiários de planos coletivos, denotam os esforços da área técnica da ANS na verificação da fidedignidade dos comunicados do reajuste dos planos coletivos.

70 Importante salientar que a ação de monitoramento se dá tanto para fins de cálculo do reajuste individual, quanto para verificação das informações prestadas nos comunicados de reajustes coletivos, inclusive quanto à forma de cálculo e observância às cláusulas contratuais.

71 Essas ações perpassam por fases que vão desde a realização de oficinas com as operadoras sobre reajuste coletivo, monitoramento remoto por meio de solicitação de dados comprobatórios dos reajustes, podendo findar na realização de reuniões e, quando necessário, em visitas técnicas às operadoras para verificação das informações prestadas.

72 Está sendo estudada proposta que estabelece critérios objetivos para a seleção das operadoras que serão alvo da visita técnica, com prioridade para aquelas de grande porte e lista ainda os documentos e as informações a serem apresentadas.

73 A seleção das operadoras é determinada a partir do seu desempenho em quatro indicadores que observam:

- a) a diferença entre o reajuste médio ponderado de planos coletivos da operadora e a variação da despesa assistencial - VDA de sua carteira de planos coletivos;
- b) a diferença entre a VDA dos planos individuais da operadora e a VDA ponderada dos planos individuais;
- c) os reajustes atípicos nos planos coletivos, e
- d) o tempo de atualização das Notas Técnicas de Registro de Produtos - NTRP.

74 Pela proposta, as visitas técnicas serão agendadas previamente com as operadoras mediante notificação. A previsão é de realização de quatro visitas por ano, sendo uma operadora a cada trimestre.

75 Espera-se que a consecução das visitas técnicas possam atenuar a assimetria informacional existente entre os agentes regulados e o regulador, propiciando acesso in loco a informações relativas aos reajustes dos contratos coletivos, à políticas de preço e cláusulas de reajustes, entre outros aspectos operacionais.

76 Especificamente, poderão ser observados elementos relacionados a agrupamento de contratos (pool de risco), os reajustes aplicados em contratos com pessoas jurídicas contratantes, os critérios e as bases de dados utilizadas para o cálculo do reajuste, o preço de comercialização dos planos, as despesas assistenciais nos diferentes tipos de contratação de produtos e as informações disponibilizadas no PIN-SS.

77 Registre-se ainda que, a referida proposta poderá sofrer algumas alterações.

VIII - DAS PROVIDÊNCIAS PARA REAVALIAÇÃO DA METODOLOGIA DO REAJUSTE INDIVIDUAL - ITEM 9.1.2 DO ACÓRDÃO

78 Com relação à determinação para reavaliação da metodologia atualmente utilizada pela ANS para definição do índice máximo de reajuste dos planos individuais/familiares para fins de prevenir os efeitos de “possível” cômputo em duplicidade da variação associada à atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde, informa-se que existe proposta da área técnica em curso para alteração da metodologia de reajuste de plano individual/familiar vigente.

79 Contudo, como já dito anteriormente, vale reafirmar que a mudança da metodologia proposta pela área técnica não implica em reconhecimento tácito pela ANS de verificação de duplo impacto no passado com a mudança do modelo, considerando que esta é decorrente do processo de aprimoramento regulatório. Sobre este ponto, não há evidências técnicas na ANS que comprovem que tal fato tenha acontecido.

80 Um ponto abordado sobre a política de reajuste de planos individuais/familiares é a “alegação de possível ocorrência” de eventuais impactos duplicados provenientes da introdução de novos elementos no Rol de procedimentos. Sobre esse ponto, é importante dissociar os fatores exógenos apenas dos efeitos da incorporação do rol de procedimentos da ANS. Essa metodologia criada a partir de 2009, foi estruturada para avaliar o impacto econômico-financeiro de eventos que não eram identificados nos reajustes comunicados à ANS, que refletiam variação de custos nos 12 (doze) meses anteriores à comunicação dos reajustes. Esses eventos foram denominados de fatores exógenos.

81 A metodologia desenvolvida visava identificar mudança na tendência de despesa das operadoras ocasionada por eventos exógenos e determinar um critério para obtenção de reajuste por este motivo, ou seja, buscou-se analisar o efeito de eventos exógenos de qualquer natureza nos custos das operadoras a partir da análise das despesas assistenciais, que pudessem causar variações extraordinárias nos custos das operadoras, tais como inclusão e exclusão dos

procedimentos cobertos nos contratos entre operadoras e beneficiários, surtos de morbidades epidêmicas ou pandêmicas, judicialização que gera custos não cobertos contratualmente, variações nos preços dos insumos por conta de aumentos na taxa de câmbio e quaisquer outros fenômenos extraordinários que pudessem afetar os custos das operadoras.

82 Desta forma, tendo em vista o cenário macroeconômico com ocorrência de forte agravamento da crise internacional em 2008, que afetou diversos setores da economia, com reflexos no nível de emprego do país, podendo acarretar aumento no custo operacional das operadoras, entendeu-se necessário e oportuno o desenvolvimento de metodologia de avaliação de eventual impacto de fatores exógenos nos custos das operadoras, de modo a mitigar o impacto de possível descolamentos do reajustes autorizados antes a variação de custos frente aos efeitos de aceleração de inflação.

83 Assim, nos momentos em que o órgão regulador decidiu sobre a aplicação de acréscimo ao índice de reajuste com base na metodologia de impacto de fatores exógenos foram momentos em que houve necessidade de se ajustar os reajustes autorizados acumulados à curva de variação de custo médico hospitalar de despesas acumulada per capita¹ frente a cenário de aceleração da inflação, posto que conforme já ressaltado, os reajustes comunicados não refletiam essa aceleração inflacionária já refletiam custos com defasagem de mais de 12 (doze) meses.

Gráfico 3: Aceleração média do IPCA

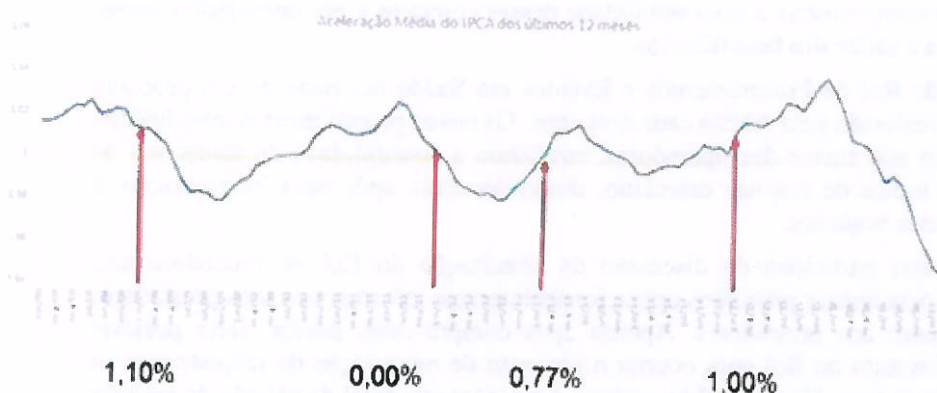
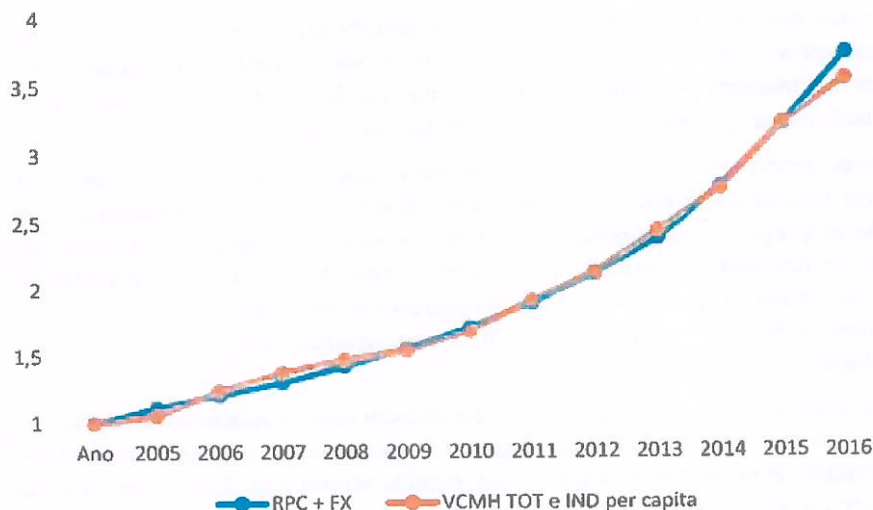


Gráfico E - Comparação índices autorizados pela ANS com Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH)

¹ Índice de fator faixa etária estimado a partir de metodologia de cálculo do impacto médio (Ipiranga, Matos e Miranda, 2010)
VCMH per capita – VCMH Total (Planos individuais e Coletivos, sem expurgo da PEONA) e média de beneficiários de planos individuais novos para o cálculo per capita. Bases disponíveis no Tabnet. (http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_rc.def)



84 Portanto, a área técnica da ANS considera que os reajustes aplicados como fatores exógenos sempre buscou refletir custos que não eram apurados nos reajustes comunicados à ANS, dada a defasagem entre a incidência dos custos pela operadora, a comunicação dos reajustes desses custos à ANS e à aferição por parte da ANS do reajuste, tendo em vista que eventual descompasso poderia comprometer a sustentabilidade desses contratos e por conseguinte trazer prejuízos à assistência à saúde dos beneficiários.

85 A revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde faz parte de um processo contínuo e periódico realizado pela ANS a cada dois anos. Os novos procedimentos introduzidos podem trazer impacto aos custos das operadoras, ensejando a possibilidade de acréscimo de fatores exógenos ao índice de reajuste calculado, sendo decidido, após cada incorporação, a incidência ou não desses impactos.

86 As operadoras participam da discussão da atualização do Rol de Procedimentos, podendo se preparar para ajustar processos operacionais internos, informar aos seus prestadores e negociar valores junto aos prestadores. Apenas após cumprir esses passos, seria possível avaliar qual seria o impacto do Rol para ocorrer o processo de negociação do reajuste com as pessoas jurídicas contratantes. Nesse sentido, embora a metodologia atual de cálculo do reajuste individual leve em consideração os comunicados de reajustes aplicados em contratos coletivos acima de trinta vidas, não é possível afirmar categoricamente que haveria uma contaminação nesses reajustes do impacto do novo Rol.

87 Assim sendo, em se tratando de eventos com riscos de ocorrência incerta, futura e aleatória, não necessariamente seu impacto estaria de imediato refletido na variação de custos dos planos coletivos e, consequentemente, nos reajustes desses planos utilizados como base de dados para o cálculo de reajuste dos planos individuais/familiares.

88 Vale ressaltar que houve acréscimo dos fatores exógenos no reajuste dos planos individuais/familiares nos anos de 2009, 2013 e 2015, nos respectivos índices de 1,1%, 0,77% e 1,00%. Em 2012, o impacto avaliado foi de 0%. A utilização desse fator em cada um desses momentos foi justificada por refletir o impacto dos custos de procedimentos incrementados no rol de procedimentos e eventos em saúde nas coberturas assistenciais de planos já em vigência, cujas estimativas de custos e frequência de utilização não fizeram parte da composição dos preços de entrada dos beneficiários dos planos (custos desconhecidos pelas operadoras no momento da contratação).

89 Acrescentam-se à explicação acima, argumentos de causas temporais em relação à

possível dedução precipitada de que, quando uma atualização do rol de procedimentos é editada, as operadoras já consideram os novos procedimentos no momento da negociação do reajuste de plano coletivo, antes mesmo do novo rol entrar em vigor, demonstrando a não factibilidade do argumento.

90 Note-se que a última atualização do rol de procedimentos ocorreu por meio da RN 428/17, que foi editada em 07/11/2017 e entrou em vigor em menos de dois meses depois, em 02/01/2018. Desta forma, a operadora teria apenas este período para verificar o impacto dos novos procedimentos nos diversos contratos de sua carteira.

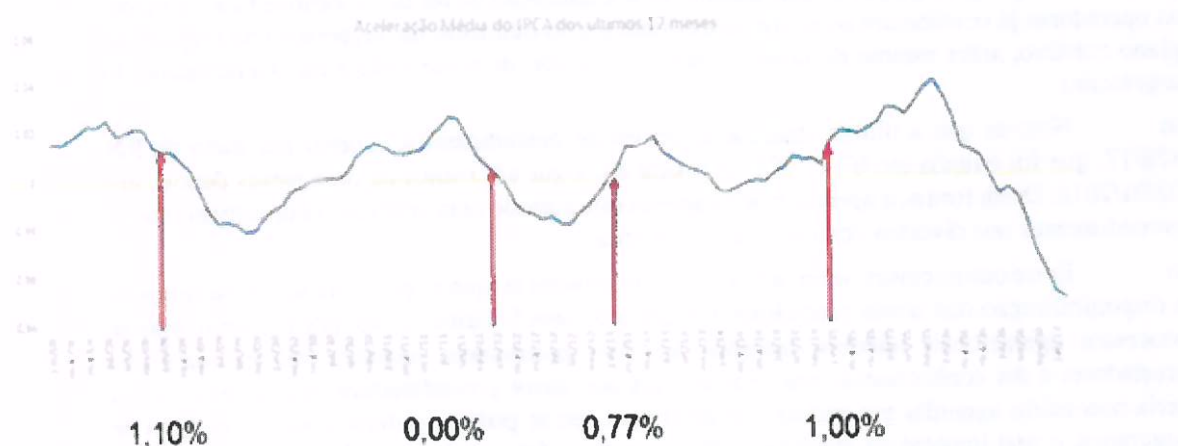
91 Entre outras coisas, seria necessário, primeiramente, que a operadora se preparasse para a disponibilização dos novos procedimentos aos seus beneficiários, como, por exemplo, ajustar processos operacionais internos, informar aos seus prestadores, negociar valores junto aos prestadores e dar conhecimento aos beneficiários dos novos procedimentos. Em seguida, ainda seria necessário aguardar um período razoável para que se pudesse auferir, com um mínimo de segurança, o real impacto da atualização do rol, como a frequência de utilização e a severidade das ocorrências médicas, identificando os padrões de utilização dentro de sua carteira. Após estes passos, viria o processo de negociação do reajuste da operadora com as pessoas jurídicas contratantes.

92 Assim como a RN 428/17 foi editada em menos dois meses antes de entrar em vigor, as normas predecessoras também possuíam tempos exíguos entre sua publicação e a entrada em vigor:

- A RN 387 foi editada em 28/10/2015, entrando em vigor em 02/01/2016, concedendo também um prazo de cerca de dois meses.
- A RN 338 foi editada em 21/10/2013, entrando em vigor em 02/01/2014, concedendo também um prazo de cerca de dois meses.
- A RN 262 foi editada em 01/08/2011, entrando em vigor em 01/01/2012, concedendo um prazo de cerca de cinco meses.
- A RN 211 foi editada em 11/01/2010, entrando em vigor em 07/06/2010, concedendo um prazo de cerca de seis meses.
- A RN 192 foi editada em 27/05/2009 e entrou em vigor na data de sua publicação, sem conceder prazo.
- A RN 167 foi editada em 09/01/2008 e entrou em vigor em 02/04/2008, concedendo um prazo de cerca de três meses.
- A RN 82 foi editada em 29/09/04 e entrou em vigor na data de sua publicação, sem conceder prazo.

93 Desta forma, considerando o exposto acima, fica evidente que a dedução é precipitada e desconsidera os fatores operacionais e as impossibilidades de prospecção atuarial para que as diversas operadoras do mercado conseguissem, de forma efetiva e combinada, incluir o impacto da atualização do rol na negociação do reajuste coletivo imediatamente posterior à data de entrada em vigor do novo Rol.

94 Ademais, deve-se levar em consideração a avaliação dos resultados da política de reajuste que se tinha à época e o panorama macroeconômico vigente igualmente naquele momento, especialmente no tocante à variação dos preços da economia (inflação). Em todas as situações em que houve acréscimo no reajuste por impacto de fatores exógenos, verificava-se à época da realização dos estudos uma aceleração da inflação, tendo como base os últimos doze meses até fevereiro de 2017 (última informação disponível).



95 O gráfico anterior demonstra que a área superior à unidade indica processo de aceleração inflacionária, ao passo que a área inferior indica desaceleração, o que reforça a viabilidade da opção pela inclusão *a priori* dos efeitos estimados decorrentes da variação dos efeitos exógenos, considerando que há uma defasagem temporal entre o período de cálculo dos reajustes e sua efetivação nas mensalidades.

96 Desde 2015, tais avaliações apartadas não foram adicionadas ao reajuste, tendo em vista que não houve aceleração no nível de preços. Ademais, a Agência tem evoluído na contabilização apartada das despesas médicas e hospitalares referentes ao universo de planos individuais/familiares, o que permite um amadurecimento no sentido da construção de uma nova metodologia de reajuste baseada na variação dessas despesas. Noutros termos, os impactos decorrentes da introdução de novas tecnologias poderão ser integralmente capturados de forma mais fiel pela nova metodologia proposta.

97 Nesse rumo de ideias, ao longo dos anos, o reajuste divulgado como teto para os planos individuais/familiares não trouxe vício estrutural para o setor de saúde suplementar, dando cumprimento à missão institucional da ANS de equilíbrio do setor regulado. Esta conclusão pode ser observada através dos dados apresentados na tabela 1 abaixo.

Tabela 1 - Comparação índices autorizados pela ANS com Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH)

Metodologia de Reajuste Individual Política de Reajuste ANS x VCMH				
O estudo atual busca a comparação entre a política de reajuste e a VCMH:				
2000	5,42%	2,40%	7,95%	
2001	8,71%	2,40%	11,32%	
2002	7,69%	2,40%	10,27%	
2003	9,27%	2,40%	11,89%	
2004	11,75%	2,40%	14,43%	
2005	11,69%	2,40%	14,37%	
2006	8,89%	2,40%	11,50%	5,66%
2007	5,76%	2,40%	8,30%	17,31%
2008	5,48%	2,40%	8,01%	11,09%
2009	6,76%	2,40%	9,32%	6,76%
2010	6,73%	2,40%	9,01%	4,96%
2011	7,69%	2,40%	10,25%	9,63%
2012	7,93%	2,40%	10,53%	13,13%
2013	9,64%	2,40%	11,66%	11,08%
2014	9,66%	2,40%	12,28%	13,63%
2015	13,56%	2,40%	16,28%	12,83%
2016	13,57%	2,40%	16,30%	17,21%
2017	13,55%	2,40%	16,28%	10,04%
Obs: Índice de fixação estimado a partir de metodologia de cálculo do impacto médio (piranga, Matos e Miranda, 2010) VCMH Total individual + Coletivos, sem expurgo da PEDNA e média de beneficiários de planos individuais novos para o cálculo per capita. Bases disponíveis no SIB e Tabnet. https://www.ans.gov.br/assessoria-geral/portal/portal-tabnet-ic-2017				
2006	1.1150336	1.05661135	1.05529209	
2007	1.207561764	1.239495857	0.974236224	
2008	1.304305816	1.376923286	0.947261064	
2009	1.425917705	1.469957059	0.97004038	
2010	1.55445024	1.541340694	1.008505288	
2011	1.713828365	1.689736443	1.014257799	
2012	1.894313567	1.911520355	0.990998376	
2013	2.115195345	2.12387367	0.996142003	
2014	2.374975176	2.434020447	0.97574167	
2015	2.761507136	2.746384578	1.005506351	
2016	3.211513502	3.219088858	0.997646739	
2017	3.734193748	3.54239529	1.05414372	
Soma	25.41273597	25.35086158	1.002441088	
Desvio Estrutural			0,24%	

Fonte: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2018/Proposta-de-Grupo_Tcnico-Preos-e_Reajustes--2-reunio--06-02-18.pdf

98 A proposta de nova metodologia para reajuste dos planos individuais/familiares, em apertada síntese, classifica as despesas das operadoras em assistenciais e não assistenciais: as primeiras serão reajustadas com base na variação das despesas assistenciais dos planos individuais novos; as últimas, de acordo com o IPCA expurgado do subitem planos de saúde, para evitar o efeito da retroalimentação.

99 Parte da variação das despesas assistenciais é explicada pelo envelhecimento da população, cujo efeito já é corrigido pelos reajustes por faixa etária previstos contratualmente. Assim, da variação das despesas assistenciais é descontado o percentual referente aos reajustes por faixa etária.

100 Convém destacar que a metodologia proposta prevê um fator de eficiência, para que o reajuste não seja um mero repassador de custos, estimulando as operadoras a aperfeiçoar seus processos e melhorar a prestação da assistência à saúde, além de compartilhar com os beneficiários parte dos ganhos de eficiência.

101 Esta proposta é uma evolução das discussões técnicas sobre a nova metodologia de reajuste e contém aprimoramentos advindos da Audiência Pública realizada nos dias 24 e 25 de julho de 2018 e da Audiência Pública de 13 de novembro de 2018.

102 Em 18 de dezembro de 2018, a Diretoria Colegiada da ANS aprovou a nova metodologia de reajuste dos planos individuais/familiares de cobertura médico-hospitalar. Em 20 de dezembro de 2018, foi publicada a Resolução Normativa nº 441.

IX - DA RECOMENDAÇÃO SOBRE INFORMAÇÕES DOS DADOS DO REAJUSTE AOS CONTRATANTES – ITEM 9.2.

103 A recomendação para que a ANS passe a exigir das operadoras de planos de saúde, por ocasião dos reajustes de preços, a disponibilização, aos respectivos contratantes, de informações que permitam a aferição do correspondente índice de sinistralidade verificado no período anterior guarda relação direta com as regras que foram estabelecidas pela ANS nos arts 14 e seguintes da RN nº 389, de 26 de novembro de 2015. A saber:

III

**"CAPÍTULO
DAS INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS PARA A PESSOA JURÍDICA
CONTRATANTE DE PLANOS COLETIVOS OU
PARA A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS QUANDO COUBER**

Art. 14. A operadora deverá disponibilizar à pessoa jurídica contratante de plano coletivo empresarial ou por adesão, com formação de preço pré-estabelecido, assim definidos na Resolução Normativa nº 85, de 7 de dezembro de 2004, um extrato pormenorizado contendo os itens considerados para o cálculo do reajuste conforme cláusula contratual ou estabelecido em negociação.

§ 1º O extrato pormenorizado de que trata o caput deverá ser disponibilizado com o mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência da data prevista para a aplicação do reajuste.

§ 2º Quando a administradora de benefícios participar, de qualquer forma, da negociação de reajuste dos contratos, o fornecimento do extrato pormenorizado previsto no caput deverá se dar diretamente a esta, no prazo do § 1º deste artigo, devendo repassá-lo para a pessoa jurídica contratante, em até 10 dias.

§ 3º O previsto no § 2º não impede que a pessoa jurídica contratante solicite o extrato diretamente à operadora, na forma do caput.

§ 4º Se, em observância ao contrato, não houver conclusão do cálculo do reajuste com antecedência de trinta dias, deverá ser apresentado o cálculo parcial efetuado com base nas informações disponíveis.

§ 5º Na situação prevista no § 4º, o cálculo definitivo deverá ser disponibilizado com até dez dias de antecedência da data prevista para a aplicação do reajuste.

Art. 15. O extrato pormenorizado de que trata o art. 14 deverá conter, ao menos:

I – o critério técnico adotado para o reajuste e a definição dos parâmetros e das variáveis utilizados no cálculo;

II – a demonstração da memória de cálculo realizada para a definição do percentual de reajuste e o período de observação; e

III – o canal de atendimento da operadora para esclarecimento de dúvidas quanto ao extrato apresentado.

Parágrafo único. Na hipótese de o contrato estipulado prever um índice específico para o reajuste, a operadora deverá informar o valor referente ao período a que corresponde o reajuste.

Art. 16. Após a efetiva aplicação do reajuste, os beneficiários, titulares ou dependentes, poderão solicitar formalmente o extrato pormenorizado para a administradora de benefícios ou operadora, que terão o prazo máximo de 10 (dez) dias para seu fornecimento.

Art. 17. O disposto neste Capítulo aplica-se para todo tipo de agrupamento de contratos, devendo ser respeitadas as questões atinentes ao sigilo inerentes às informações de cada contrato coletivo."

104 Nesse sentido, cumpre acrescentar que no extrato pormenorizado contendo os itens

considerados para o cálculo do reajuste, a operadora deverá entregar à pessoa jurídica contratante o índice de sinistralidade verificado no período anterior, com a discriminação e os quantitativos de procedimentos efetivamente demandados pelos beneficiários e os valores pagos aos prestadores de serviços.

105 Além disso, a ANS regulamentou por meio da Instrução Normativa - IN da Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES nº 67/2017, o monitoramento periódico de cumprimento da referida RN nº 389/15, o qual já vem sendo realizado, além da ANS fiscalizar o tema a partir das demandas de beneficiários.

106 Ressalta-se ainda que, a IN DIDES nº 67/2017 prevê a formulação de relatórios anuais, consolidando os quantitativos de demandas noticiadas à ANS até 30 de janeiro de cada ano civil, de acordo com critérios de agrupamento, previamente definidos na IN para a divulgação no sítio institucional da ANS na internet (www.ans.gov.br). A referida medida normativa objetiva fomentar o conhecimento pelo público dos recursos informacionais previstos na RN nº 389, de 2015. Como a IN 67 em comento é de 2017, a primeira divulgação no site ocorrerá ainda, já que ainda corre o primeiro ano de consolidação dos dados.

X - DO PLANO DE PROVIDÊNCIAS

107 O Quadro Resumo abaixo apresenta de forma objetiva o plano de providências da ANS.

Plano de Providências da ANS
Acórdãos 679/2018 e 1188/2018
Rio de Janeiro, 25/06/2018.

QUADRO RESUMO - ACÓRDÃO Nº 679/2018 - TCU - Plenário					
DETERMINAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	AÇÕES IMPLEMENTADAS	AÇÕES PROPOSTAS	STATUS	DIRETORIA RESPONSÁVEL
1. Elabore e envie a esta Corte, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, se ainda não o fez, plano de providências contemplando a instituição de mecanismos de autuação que permitam a efetiva aferição da fidedignidade e a análise crítica das informações econômico-financeiras comunicadas à autarquia pelas operadoras de planos de saúde, mormente no que se refere à retomada das visitas técnicas às empresas e ao tratamento dos casos em que identificadas práticas abusivas contra os consumidores	NÃO SE APLICA	Representação pela não comunicação do reajuste coletivo	Estudo de alteração do critério do número de beneficiários para fins de agrupamento de contratos e aplicação de reajuste único. Proposta de alteração da RN nº 309/2012.	EM DESENVOLVIMENTO	DIPRO
		Monitoramento dos comunicados de reajuste coletivo para fins de cálculo do reajuste individual			
		Extração e tratamento da base para o cálculo do reajuste individual	Melhoria da base cadastral por intermédio de pesquisa e verificação dos reajustes junto aos beneficiários e contratantes com o desenvolvimento de interface para que as empresas e demais entidades contratantes de planos de saúde coletivos e os beneficiários vinculados a eles possam validar as informações de reajuste.		
		Monitoramento dos reajustes em contratos agrupados (Pool de Risco)	Possibilidade de introdução de cláusula de reajuste padronizada em contratos de planos coletivos empresariais e por adesão.		
		Realização de oficinas com as operadoras sobre reajuste coletivo, monitoramento remoto por meio de solicitação de dados comprobatórios dos reajustes, podendo findar na realização de reuniões e, eventualmente, em visitas técnicas às operadoras para verificação das informações	Planejamento da realização de Visitas Técnicas no processo de monitoramento dos reajustes.		
2. Reavalie a metodologia atualmente utilizada para definição de índice máximo de reajuste anual dos planos de saúde individuais/familiares, de modo a prevenir, com segurança, os efeitos de possível câputo em duplicidade da variação associada à atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde, haja vista tal variação, presumivelmente, já ser levada em conta pela operadoras na definição dos reajustes coletivos	NÃO SE APLICA	Grupo de Trabalho - GT sobre Política de Preço no Setor de Saúde Suplementar (abril/2015), continuado em 2017, com proposta regulatória para reajuste coletivo, conforme processo nº 33910.012414/2017-24, Nota Técnica 2013 (SEI 3985624).	Criação de banco de contratos na ANS para verificação e monitoramento dos contratos coletivos	EM CUMPRIMENTO	DIPRO
		Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste (junho/2010 a dezembro/2011)			
		Grupo de Trabalho - GT sobre Política de Preço no Setor de Saúde Suplementar (abril/2015)			
		Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos (setembro/2016)			
		Audiência Pública realizada em julho/2018	Esclarecimentos prestados por intermédio da NOTA TÉCNICA Nº 12/2018/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (6499436) e da NOTA TÉCNICA Nº 13/2018/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (6502563), em função dos Votos proferidos na 482ª Reunião da Diretoria Colegiada da ANS		
3. Recomendar à Agência Nacional de Saúde Suplementar que avalie a conveniência e a oportunidade de passar a exigir das operadoras de plano de saúde, por ocasião dos reajustes de preços, a disponibilização, aos respectivos contratantes, de informações que permitam a aferição do correspondente índice de sinistralidade verificado no período anterior, como a discriminação e os quantitativos de procedimentos efetivamente demandados pelos beneficiários e os valores pagos aos prestadores de serviço	NÃO SE APLICA	Audiência Pública realizada em novembro/2018		EM CUMPRIMENTO	DIDES
		Proposta de alteração metodológica do cálculo de reajuste do índice ANS (AIR e Minuta de normativo apreciados pela DICOI) - Processo SEI nº 33910.012414/2017-24			
		Encontros com entidades envolvidas no setor de saúde suplementar para informar sobre as discussões da nova metodologia de reajuste individual (MPF, Defensoria Pública, Operadoras, IDEC, Procon, Proteste, TCU)			
		Resolução Normativa nº 441 aprovada pela Diretoria Colegiada da ANS, que dispõe sobre nova metodologia para o cálculo do reajuste anual máximo dos planos individuais e familiares, a ser aplicado a partir do próximo reajuste, em 2019.			
		As regras já foram estabelecidas pela ANS nos arts. 14 e seguintes da RN nº 389, de 26 de novembro de 2015. A ANS regulamentou por meio da Instrução Normativa - IN da Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES nº 67/2017, o monitoramento periódico de cumprimento da referida RN nº 389/15, o qual já vem sendo realizado pela DIDES além da ANS fiscalizar o tema a partir das demandas de beneficiários. A IN DIDES nº 67/2017 prevê a formulação de relatórios anuais, consolidando os quantitativos de demandas noticiadas à ANS até 30 de janeiro de cada ano civil, de acordo com critérios de agrupamento, previamente definidos na IN para a divulgação no site institucional da ANS na internet (www.ans.gov.br). A referida medida normativa objetiva fomentar o conhecimento pelo público dos recursos informacionais previstos na RN nº 389, de 2015. Como a IN 67 em comento é de 2017, a primeira divulgação no site ocorrerá ainda, já que ainda corre o primeiro ano de consolidação dos dados e das informações.			

XI – ANEXOS

108 Notas Técnicas nº 24/2018/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO e nº 30/2018/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, que tratam, respectivamente, das propostas de implementação de visita técnica nas operadoras pela Gerência Geral da Regulação e Estrutura dos Produtos e da nova metodologia para cálculo do reajuste máximo das contraprestações pecuniárias dos planos individuais ou familiares, aprovada na 498ª Reunião da Diretoria Colegiada, ocorrida em 18/12/2018.



PROCESSO Nº: 33910.011378/2018-62

NOTA TÉCNICA Nº 1/2018/COMEP/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO

INTERESSADO:

COORDENADORIA DE MONITORAMENTO ECONÔMICO-FINANCEIRO DOS PRODUTOS, GERÊNCIA ECONÔMICO-FINANCEIRO E ATUARIAL DOS PRODUTOS, GERÊNCIA GERAL DE REGULAÇÃO DA ESTRUTURA DOS PRODUTOS -GGREP, DIRAD/DIPRO, DIPRO

Esta nota tem por objetivo descrever a metodologia de apuração 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 período de 1º de maio de 2018 a 30 de abril de 2019.

No intuito de conferir maior transparência, normatizar o tema e aprimorar a metodologia que determina o índice de reajuste dos planos individuais, iniciou-se o Processo SEI - 33910.012414/2017-24. Adicionalmente, foram realizadas a 7ª e 8ª reuniões do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos[1] abertas ao mercado e à sociedade para discussão do tema, culminando na recomendação de abertura de Consulta Pública de proposta de Resolução Normativa que estabelecesse os critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde de contratação individual apresentada pela DIPRO na 482ª reunião ordinária da DICOL[2]. Mediante a orientação exarada de não abertura de Consulta Pública, esta Nota Técnica encaminha os cálculos referentes à metodologia historicamente adotada e baseada nos comunicados de reajuste de planos coletivos (RPC) do período.

Em fevereiro de 2018, havia 8.066.011 beneficiários vinculados a planos de contratação individual, ou 17,1% do total de beneficiários em planos de cobertura médico-hospitalar[3]. O teto do reajuste dos planos de contratação individual, também chamado Índice ANS, é determinado com base nos reajustes praticados no mercado coletivo. Esta metodologia vem sendo utilizada desde 2001, adotando-se como medida de tendência central a média ponderada dos reajustes coletivos, com exceção dos reajustes de 2008/2009 e de 2009/2010, que adotaram a trimédia[4] exclusivamente nestes dois períodos, e do reajuste de 2017/2018, que adotou a moda. O objetivo principal dessa metodologia é trazer as características concorrenciais do mercado coletivo para o mercado individual – ou seja – a metodologia tem o desígnio de conferir aos planos contratados por pessoas físicas o poder de negociação existente nos contratos de pessoas jurídicas.

A área técnica responsável pelo cálculo do Índice ANS é composta por servidores concursados da própria agência. A apuração do teto do reajuste de 2018/2019 mantém os padrões metodológicos utilizados nos últimos anos, conforme expostos na Nota Técnica nº 1.060/2010/ GGEFP/DIPRO/ANS (vide anexo 1) e aprimoramentos mais recentes detalhados nas Notas Técnicas nº 591/2015/GGEFP/DIPRO/ANS e 991/2016/GEFAP/GGREP/DIPRO/ANS (vide anexos 2 e 3). Comparativamente ao ano anterior, neste ano não houve mudança nem na forma de tratamento da base de dados nem na metodologia do cálculo em

si. Não obstante, os principais elementos de todo o processo serão recapitulados nesta nota conforme os seguintes tópicos:

(I) EXTRAÇÃO E TRATAMENTO DA BASE

Exclusão de duplicidades

Padronização do campo texto da justificativa técnica

Tratamento de comunicados múltiplos

Definição da base

(II) EXCLUSÕES DA BASE PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE ANS

Base de cálculo

Segmentação por porte de contrato

Operadoras inativas

Retroalimentação

Contratos com alteração em fator moderador

Monitoramento da base

Tratamento estatístico para valores atípicos (outliers)

(IV) CÁLCULO DO REAJUSTE 2018/2019

(V) MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL

(VI) CONSIDERAÇÕES FINAIS

(I) EXTRAÇÃO E TRATAMENTO DA BASE

O banco de dados dos comunicados de reajuste dos contratos coletivos (RPC) é alimentado constantemente pelas operadoras mediante a informação da aplicação dos reajustes de seus contratos e dentro dos prazos determinados conforme a norma[5] em vigor. A IN/DIPRO nº 13, de 21 de julho de 2006, que trata dos procedimentos da comunicação dos reajustes de planos coletivos à ANS, determina os prazos para envio dos comunicados, definindo os trimestres de envio como ocorrendo de (1) março a maio, (2) junho a agosto, (3) setembro a novembro e (4) dezembro a fevereiro e definindo o prazo limite até o último dia do mês seguinte à conclusão do trimestre.

Assim sendo, o prazo limite para envio dos comunicados do trimestre de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018 se encerrou em 31 de março de 2018. Portanto, a base de dados do sistema de Reajuste de Planos Coletivos (RPC) para o cálculo do reajuste de 2018/2019 foi extraída em 11 de abril de 2018[6], utilizando-se o pacote estatístico SAS Enterprise Guide[7], a partir do *schema* "RPS_REAJUSTE", na tabela "VW_REAJ_FINANCEIRO_COLETIVO" e incluindo todos os comunicados com data de início de aplicação do reajuste entre março de 2017 e fevereiro de 2018 e cujos dados foram protocolados na ANS até as 23h59m do dia 31 de março de 2018.

Além de limitar a base extraída do sistema pelo corte de datas de envio do comunicado e aplicação do reajuste, na geração da base são considerados apenas os comunicados com status "C" (processamento concluído) e situação "Ativo" e são excluídos os comunicados que não sejam referentes a planos de contratação coletiva com modalidade de financiamento pré-estabelecido. O código fonte do SAS® elaborado para a preparação da base de março de 2017 a fevereiro de 2018 encontra-se reproduzido no Anexo 7.

Os comunicados enviados pelas operadoras são submetidos a critérios iniciais de preenchimento que são verificados pelo sistema de recepção de arquivos da ANS antes de serem aceitos para incorporação à base de dados do RPC. Esse procedimento padrão adotado pelos sistemas da ANS impede a entrada de dados com erros básicos de preenchimento (ex. o código da operadora informado no comunicado tem que constar nos cadastros da agência). Comunicados que estejam fora de conformidade com as críticas iniciais são rejeitados e não são incorporados à base de dados até o reenvio das informações corrigidas, caso ocorra.

Além disso, sobre a base incorporada do RPC, após as críticas de recepção dos arquivos, são executados os seguintes procedimentos de limpeza e tratamento dos dados:

Exclusão de duplicidades

As duplicidades excluídas são referentes a comunicados que informam exatamente o mesmo conteúdo nos principais campos de identificação do comunicado (registro da operadora, registro do plano, número do contrato, início do período de aplicação, quantidade de beneficiários e percentual de reajuste aplicado). Essas duplicidades decorrem da forma como é estruturado o banco de dados de reajuste para o preenchimento do campo “alteração de franquia/ coparticipação”. Quando a operadora indica que houve alteração de franquia ou coparticipação na negociação do reajuste anual, o sistema também solicita o detalhamento dos itens de despesa daquele contrato impactados pela alteração (ex: exames, consultas, internações, etc). Assim, a base de dados do sistema passa a registrar múltiplas observações na tabela de consulta do RPC – cada uma associada a um item de despesa distinto – gerando assim as duplicidades.

Padronização do campo texto da justificativa técnica

À medida que as normas e os procedimentos de comunicação do reajuste evoluem ao longo do tempo, o campo-texto “Justificativa Técnica” passou a ser utilizado como solução temporária para capturar informações adicionais dos comunicados, até que se possa atualizar o sistema RPC com campos padronizados específicos para tais informações, conforme “Documento de Oficialização de Demanda de Sistema” – DODS de 12 de setembro de 2014. Dada essa prática, faz-se necessária a padronização e correção de inconsistências no conteúdo do campo “Justificativa Técnica”, para que se possa usá-lo na exclusão dos comunicados de reajustes motivados por adaptação de contrato à Lei nº 9.656/1998 e para a exclusão dos comunicados múltiplos fundamentados nas orientações da IN/DIPRO nº 13/2006, detalhados a seguir.

Tratamento de comunicados múltiplos

A base precisa ser processada para o tratamento adequado dos contratos que apresentam comunicados múltiplos para uma mesma apólice, referentes aos casos especiais previstos no Anexo 2 da IN/DIPRO nº 13/2006, quais sejam: (a) comunicados de reajuste “em negociação”, (b) para os casos de contratos não adaptados às normas atuais de reajuste e que aplicam reajustes por data de adesão, ou (c) que aplicam reajustes parcelados e (d) para os comunicados de retificação de comunicados anteriores. O tratamento de comunicados múltiplos está detalhado nos programas enumerados de (4) a (7) no código SAS[®] reproduzido no Anexo 7. O quadro 1, abaixo, resume os tratamentos adotados nos casos especiais descritos na IN/DIPRO nº 13/2006:

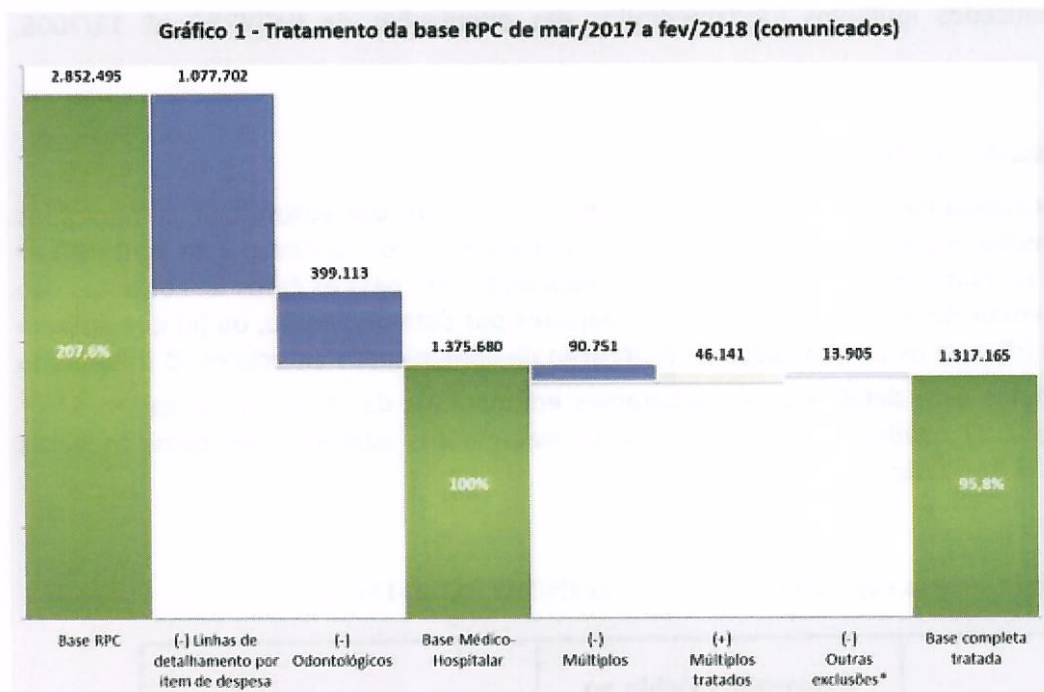
Quadro 1 – Tratamento dos casos especiais do Anexo 2 da IN/DIPRO nº 13/2006

Casos	Expressão exigida no campo “Justificativa Técnica”	Tratamento adotado
(a) Reajuste em negociação ao fim do prazo de envio do comunicado	“EM NEGOCIAÇÃO”	Os comunicados são excluídos da base de dados

Casos	Expressão exigida no campo “Justificativa Técnica”	Tratamento adotado
(b) Reajuste diferenciado pela data de adesão dos beneficiários (planos não ajustados à RN 195/09)	“REAJUSTE CONFORME DATA DE ADESÃO”	Considera-se o comunicado mais recente na base de dados
(c) Reajuste aplicado em parcelas (planos não ajustados à RN 195/09)	“REAJUSTE PARCELADO”	Considera-se o comunicado mais recente na base de dados
(d) Retificação de comunicados	“RETIFICAÇÃO DE REAJUSTE”	Considera-se o comunicado mais recente (seja retificador ou não) na base de dados

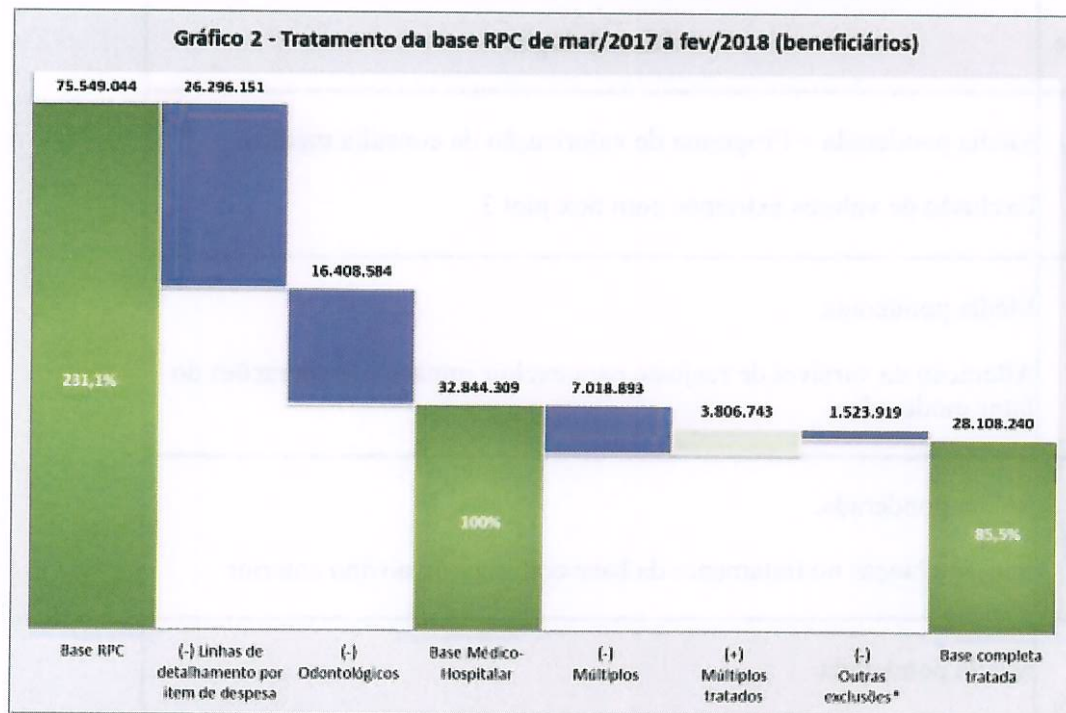
Definição da base

A base de comunicados dos reajustes com aplicação iniciada entre março de 2017 e fevereiro de 2018, após os devidos tratamentos, contém 1.317.165 comunicados. O gráfico 1 demonstra o impacto de cada etapa dos procedimentos de limpeza e tratamento dos comunicados na base inicial extraída do sistema RPC, até chegar à base completa de comunicados de reajuste anual de planos coletivos.



*Nota: Outras exclusões referem-se a comunicados de reajuste por adaptação de contrato, comunicados temporários enviados durante uma negociação de reajuste e comunicados de cancelamento e/ou retificação.

O gráfico 2 abaixo demonstra o impacto de cada etapa dos procedimentos de limpeza e tratamento dos comunicados na base inicial extraída do sistema RPC até chegar à base completa tratada, em termos de beneficiários.



*Nota: Outras exclusões referem-se a comunicados de reajuste por adaptação de contrato, comunicados temporários enviados durante uma negociação de reajuste e comunicados de cancelamento e/ou retificação.

A base completa, após os devidos tratamentos, representa 28.108.240 beneficiários, que correspondem a 89,7% do total de 31.318.555 beneficiários registrados em planos coletivos de cobertura médico-hospitalar, com modalidade de financiamento pré-estabelecido, no Sistema de Informações de Beneficiários – SIB[8], em fevereiro de 2018. Comparado à base utilizada no cálculo de 2017/2018, a representatividade variou de 85,1% para 89,7%, conforme detalhado no quadro 2 abaixo.

Quadro 2 - Representatividade da base RPC comparada ao SIB							
	Quantidade de Beneficiários				Quantidade de Operadoras		
	RPC	SIB	RPC/ SIB		RPC	SIB	RPC/ SIB
2015 02	25.102.072	32.863.360	76,4%		640	731	87,6%
2016 02	27.337.688	32.155.909	85,0%		664	703	94,5%
2017 02	26.719.128	31.390.899	85,1%		633	689	91,9%
2018 02	28.108.240	31.318.555	89,7%		632	675	93,6%

(II) EXCLUSÕES DA BASE PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE ANS

Os critérios de seleção da base para fins de cálculo do teto do reajuste a ser aplicado nos contratos de planos individuais, assim como a metodologia do cálculo em si, têm observado estabilidade em torno de seus elementos chave, com alguns aprimoramentos adotados ao longo do tempo, conforme ilustrado no quadro 3 abaixo.

Quadro 3 – Evolução de Metodologia de Cálculo do Índice ANS

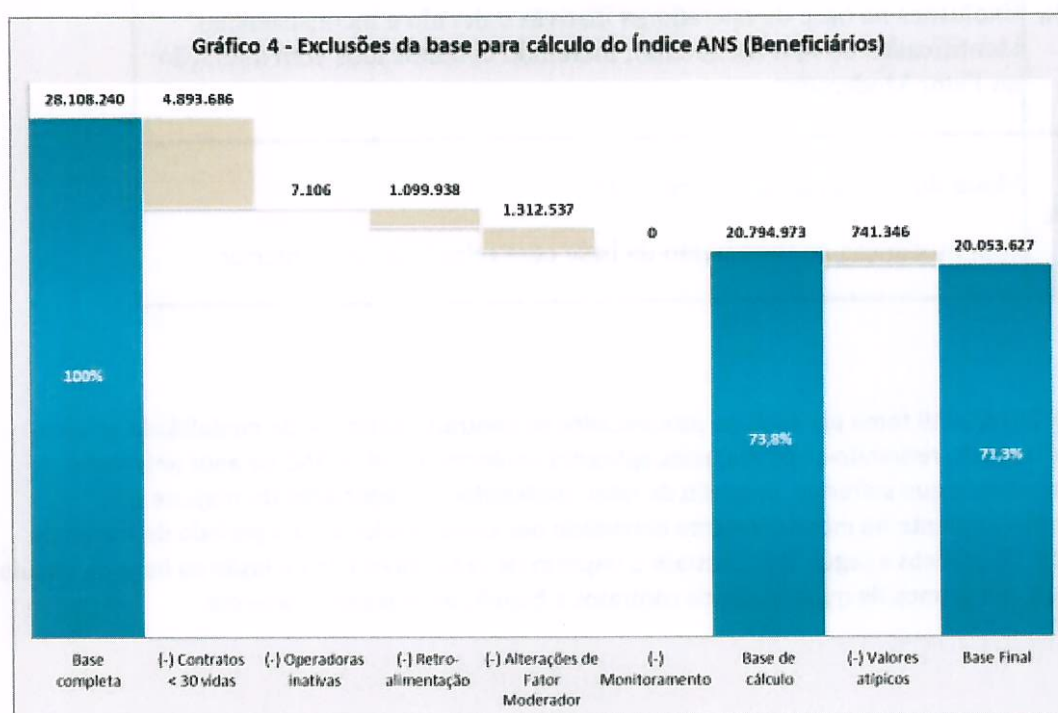
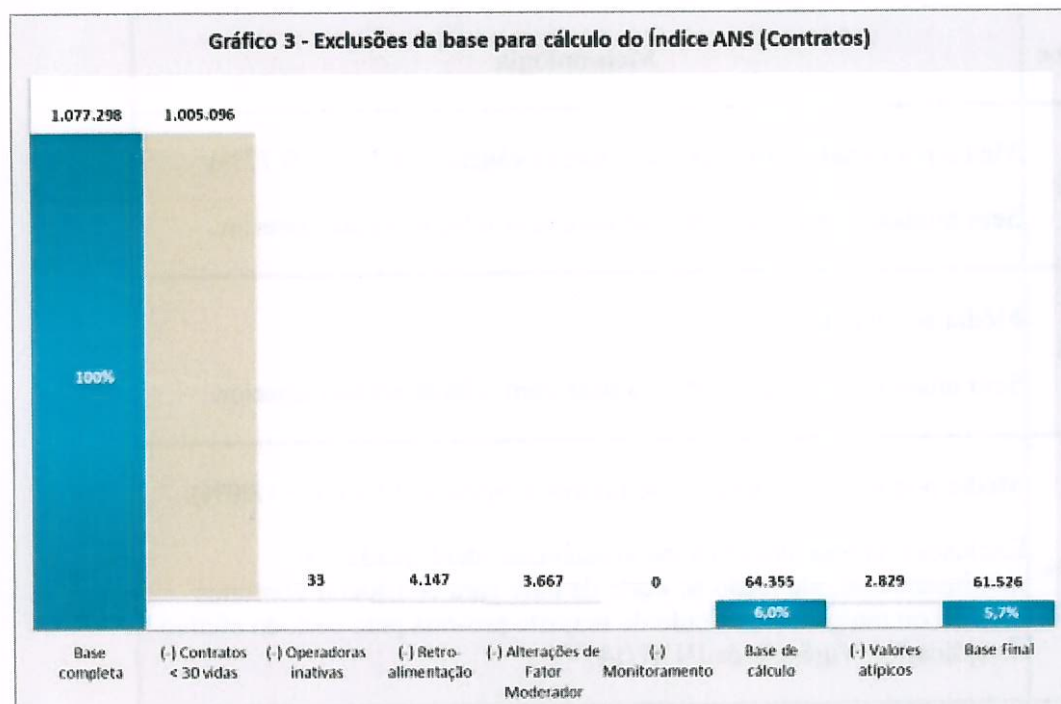
Aplicação	Índice	Metodologia
mai/00 a abr/01	5,42%	Índice setorial baseado no IPCA
mai/01 a abr/02	8,71%	Média simples da base de comunicados de reajustes de planos coletivos (75%) + IPCA (25%).

Aplicação	Índice	Metodologia
mai/02 a abr/03	7,69%/9,39%	Média ponderada + Programa de valorização da consulta médica. Exclusão de valores extremos com box plot 3.
mai/03 a abr/04	9,27%	Média ponderada. Alteração da variável de reajuste para excluir impacto de alterações do fator moderador.
mai/04 a abr/05	11,75%	Média ponderada. Sem mudanças no tratamento da base com relação ao ano anterior.
mai/05 a abr/06	11,69%	Média ponderada. Sem mudanças no tratamento da base com relação ao ano anterior.
mai/06 a abr/07	8,89%	Média ponderada. Corte na base para considerar comunicados com 50 ou mais vidas.
mai/07 a abr/08	5,76%	Média ponderada. Introdução da exclusão da retroalimentação.
mai/08 a abr/09	5,48%	Trimédia. Passou-se a adotar o box plot 1,5 para exclusão de valores atípicos.
mai/09 a abr/10	6,76%	Trimédia + Impacto de fatores exógenos (5,60% + 1,10%). Sem mudanças no tratamento da base com relação ao ano anterior.
mai/10 a abr/11	6,73%	Média ponderada. Corte na base para considerar comunicados com 30 ou mais vidas.
mai/11 a abr/12	7,69%	Média ponderada. Sem mudanças no tratamento da base com relação ao ano anterior.
mai/12 a abr/13	7,93%	Média ponderada + Impacto de fatores exógenos (7,93 + 0%) Sem mudanças no tratamento da base com relação ao ano anterior.

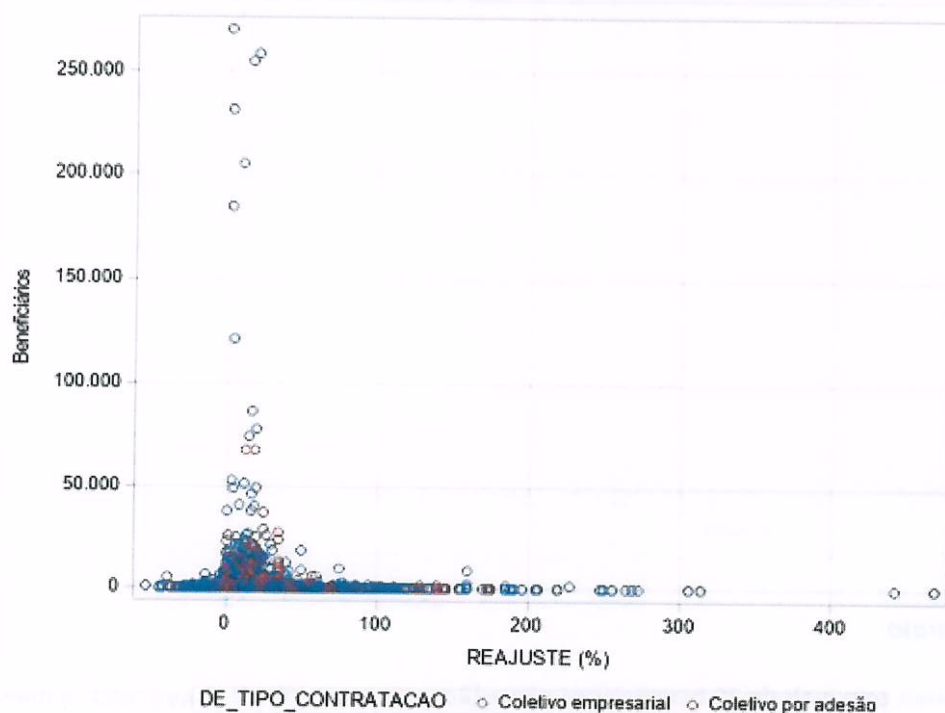
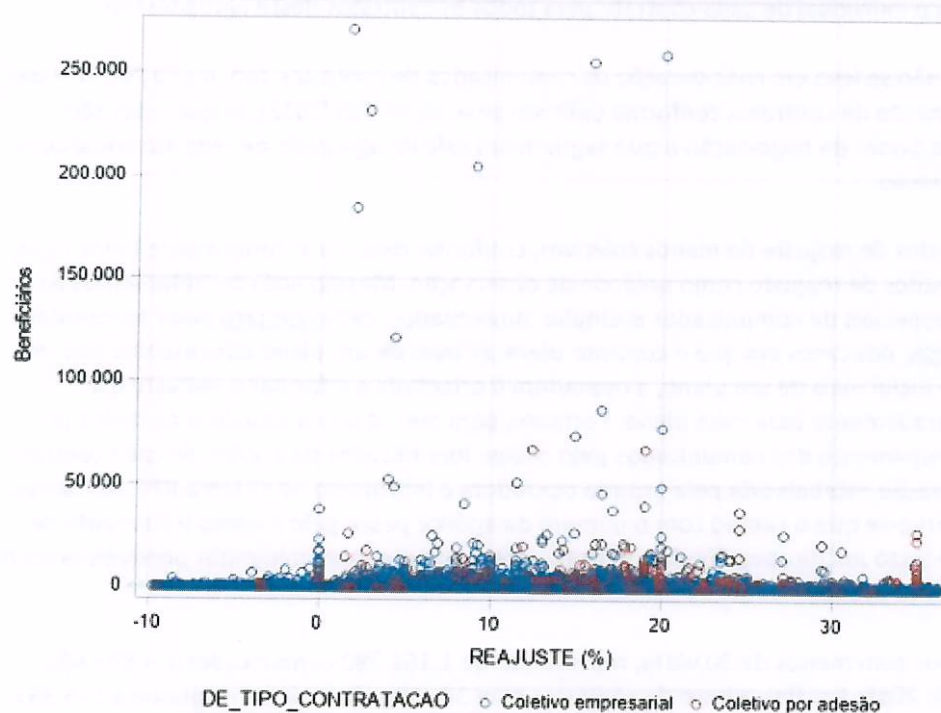
Aplicação	Índice	Metodologia
mai/13 a abr/14	9,04%	Média ponderada + Impacto de fatores exógenos (8,21% + 0,77%) Sem mudanças no tratamento da base com relação ao ano anterior.
mai/14 a abr/15	9,65%	Média ponderada. Sem mudanças no tratamento da base com relação ao ano anterior.
mai/15 a abr/16	13,55%	Média ponderada. + impacto de fatores exógenos (12,43% + 1,00%). Exclusões na base devido a inconsistências identificadas no monitoramento, alteração no corte da base para considerar contratos com 30 ou mais vidas, cálculo do reajuste pro-rata pelo período efetivo de aplicação, Vigência da IN 47/14
mai/16 a abr/17	13,57%	Média ponderada. Exclusões na base de operadoras inativas e devido a inconsistências identificadas no monitoramento, incluindo comunicados com alteração no Fator Moderador.
mai/17 a abr/18	13,55%	Moda dos comunicados de reajuste. Sem mudanças no tratamento da base com relação ao ano anterior.

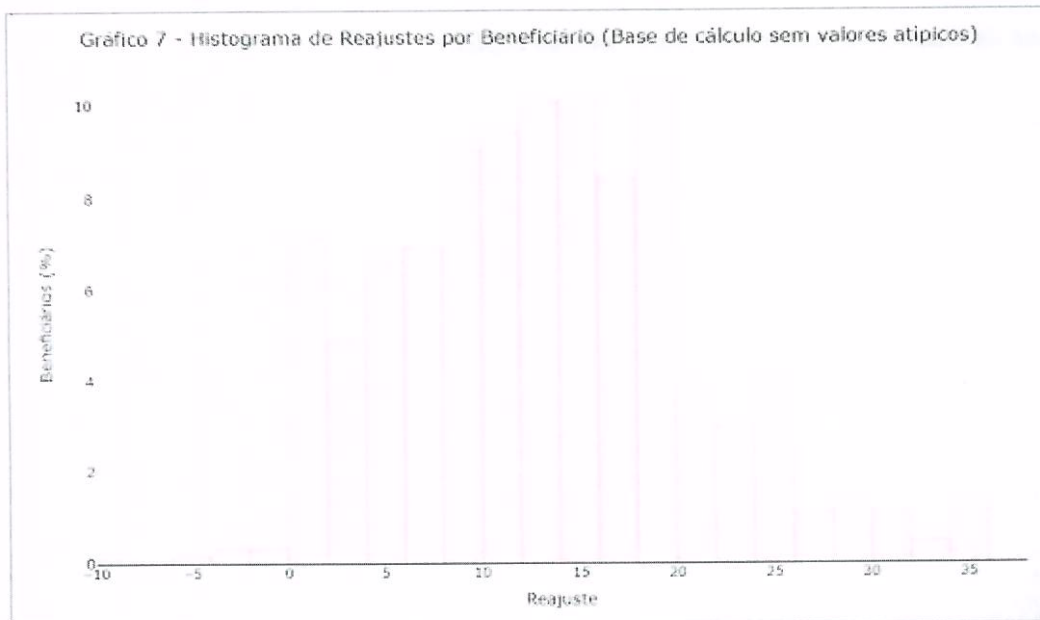
Base de cálculo

O cálculo do Índice ANS 2018/2019 toma por base os comunicados de contratos coletivos de modalidade médico-hospitalar com 30 vidas ou mais, retirando-se os reajustes aplicados conforme o Índice ANS de anos anteriores (retroalimentação), os contratos que sofreram alteração de fator moderador na negociação do reajuste e as observações descritas anteriormente no monitoramento executado nos comunicados para o período de março de 2017 a fevereiro de 2018. Os gráficos a seguir demonstram o impacto de cada critério de exclusão na base de cálculo do Índice ANS 2018/2019, em termos de quantidade de contratos e beneficiários respectivamente.



A distribuição dos comunicados que compõem a base de cálculo pode ser visualizada através dos gráficos a seguir que mostram a dispersão da base de cálculo com e sem valores atípicos e o histograma da distribuição de reajuste por beneficiário.

Gráfico 5 - Base de Cálculo do Índice ANS (inclui valores atípicos)**Gráfico 6 - Base de Cálculo do Índice ANS (exclui valores atípicos)**



Segmentação por porte de contrato

Os contratos coletivos empresariais com mais de 30 beneficiários não estão sujeitos a carência, o que reduz o ônus da mudança para outra operadora, caso as condições oferecidas não sejam satisfatórias. Sendo assim, os contratantes deste tipo de contrato têm mais poder de negociação ou de “barganha” do que os contratos coletivos com menos de 30 beneficiários. Assim sendo, a RN nº 309/2012 instituiu o agrupamento de contratos, cujo intuito é justamente tentar conferir maior estabilidade ao reajuste dos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários, promovendo a distribuição do risco individual de cada contrato para todos os contratos desse agrupamento.

Portanto, no cálculo do reajuste, não se leva em consideração os comunicados de contratos com menos de 30 vidas (pertencentes ou não ao agrupamento de contratos conforme definido pela RN nº 309/2012), já que estes são considerados contratos com baixo poder de negociação e que seguem um cálculo agrupado de reajuste anual com aplicação automática, sem negociação.

A base completa e tratada dos dados de reajuste de planos coletivos, conforme descrita anteriormente nessa nota, está estruturada com os comunicados de reajuste como unidade de observação. Mesmo após os tratamentos de duplicidades da base e de casos especiais de comunicados múltiplos supracitados, cada contrato pode apresentar mais de um comunicado de reajuste nos casos em que o contrato oferecer mais de um plano para escolha dos seus beneficiários. Quando o contrato inclui mais de um plano, a operadora é orientada a informar o reajuste e a quantidade de beneficiários separadamente para cada plano. Portanto, para que se possa visualizar os dados por contrato, é necessário fazer o agrupamento dos comunicados pelo código identificador da apólice de cada contrato. O código da apólice é uma numeração estabelecida pela própria operadora e informado no sistema RPC em campo texto dedicado para tal fim. Observe-se que o campo com o número da apólice passa pelo mesmo tratamento de padronização aplicado ao campo texto Justificativa Técnica descrito anteriormente, para minimizar possíveis erros de digitação no agrupamento dos comunicados.

Verificaram-se 1.005.096 contratos com menos de 30 vidas, representando 1.161.782 comunicados e 4.893.686 beneficiários excluídos da base de 2018. Por fim, a base de contratos com 30 vidas ou mais corresponde a 155.383 comunicados em 72.202 contratos, totalizando 23.214.554 beneficiários, que representam 82,6% do total de beneficiários da base completa, conforme citado anteriormente nos gráficos 3 e 4.

Operadoras inativas

Constatou-se que os comunicados das operadoras com registro cancelado junto à ANS não são passíveis de monitoramento quanto às informações prestadas. Além disso, tais reajustes, apesar de reportados, não foram necessariamente praticados em todo o período de aplicação informado, devido à descontinuidade das atividades da operadora. Tal fato é agravado pela contínua evasão de beneficiários que se verifica ao longo dos meses que antecedem o efetivo encerramento.

Desta forma, justifica-se a exclusão de todas as operadoras que tiveram seu registro cancelado até a execução do cálculo do Índice ANS, para evitar possíveis distorções na apuração do mesmo. Tais exclusões totalizaram 7.106 beneficiários ou 0,03% da base de cálculo, conforme ilustrado nos gráficos 3 e 4.

Retroalimentação

O objetivo principal do cálculo do índice-teto para reajuste anual dos planos individuais ser baseado em uma medida de tendência central dos reajustes aplicados a contratos coletivos é, na medida do possível, aproximar o mercado de planos individuais às características concorrenciais do mercado coletivo. Observa-se que é possível a adoção dos índices-teto divulgados pela ANS para planos individuais de anos anteriores entre os reajustes comunicados nos planos coletivos. Os contratos coletivos que replicam os índices divulgados pela ANS incorrem no risco do efeito de retroalimentação de tais índices e a propagação de sua influência em índices futuros, o que justifica sua exclusão da base de cálculo.

A exclusão dos reajustes correspondentes aos índices de anos anteriores é uma prática adotada desde 2007, conforme documentado na Nota Técnica nº 465/2007/GGEFP/DIPRO, de 28 de junho de 2007 (vide anexo 4). Esse critério de exclusão também é fundamentado na Nota Técnica nº 1.265/2016/GEFAP/GGREP/DIPRO, de 18 de maio de 2016 (vide anexo 5), na sessão em que se lê:

“A metodologia adotada pela ANS desde 2001 para cálculo do reajuste de planos individuais, conhecida como Yardstick Competition, consiste em utilizar o desempenho de firmas semelhantes para estabelecer um parâmetro por meio do qual o desempenho das firmas reguladas pode ser avaliado. A metodologia é descrita de maneira abrangente no artigo “A Theory of Yardstick Competition”, de autoria de Andrei Shleifer e publicado no Rand Journal of Economics[9]. Com a aplicação correta da metodologia, o regulador pode determinar qual deveria ser o custo da firma regulada e, assim, definir o preço a ser estabelecido, de modo que cubra todos os custos de uma forma eficiente. Paralelamente, como a regulação não é baseada no comportamento passado ou futuro da própria firma regulada, a possibilidade de manipulação de dados ou de alteração de comportamento pela mesma, com o fim de induzir resultado específico da regulação, é menor.

No livro “Economics of Regulation and Antitrust”, publicado pelo Massachusetts Institute of Technology, o pesquisador W. Kip Viscusi postula que um dos riscos na aplicação da Yardstick Competition é de que as variáveis utilizadas na mensuração do conjunto de firmas definido como parâmetro não reflitam seus custos e condições operacionais, mas sejam influenciadas ou totalmente determinadas por fatores exógenos[10]. Nesse caso, os preços determinados pelo regulador estariam dissociados dos custos, e a regulação tenderia a não ser eficiente, não refletindo os custos que deveriam ser refletidos.

Avalie-se o caso do setor de saúde suplementar brasileiro. Consideradas as ressalvas a respeito das semelhanças de custos entre planos individuais e coletivos, parte-se do pressuposto de que os reajustes negociados nos planos coletivos refletem variações de custos médico-hospitalares desses planos. Levando-se em consideração de que há poder de barganha do lado dos contratantes, os reajustes de cada contrato coletivo refletiriam o aumento de custos daquele contrato ou valor muito próximo deste. Ao utilizar-se a média dos reajustes desses planos para o estabelecimento do índice de reajuste máximo dos planos individuais, estar-se-ia considerando as variações nos custos assistenciais médico-hospitalares e, paralelamente, induzindo-se a eficiência, pois além de a operadora se beneficiar totalmente de qualquer aumento de produtividade já que o preço-limite está determinado, é considerada a média para a determinação do preço-máximo, ou seja, as operadoras menos eficientes tenderiam a ter prejuízos.

O índice de reajuste para os planos individuais divulgado anteriormente pela ANS pode ser considerado, contudo, um indicador das variações dos custos médico-hospitalares dos planos pelos agentes do setor, podendo ser usado por contratantes e contratados como parâmetro do reajuste de seus contratos. Nesse ensejo, os reajustes dos contratos baseados no índice ANS estariam desvinculados das variações de custos dos próprios contratos, ainda que possa haver correlação entre o índice e o reajuste de cada contrato. Se parcela considerável dos contratos for reajustada dessa forma, o índice de reajuste calculado pela ANS em t+1 não refletiria as variações de custos assistenciais dos contratos de planos coletivos em t, mas o índice de reajuste dos planos individuais em t-1, baseado na média da variação dos custos dos planos coletivos em t-2. Em t+2, o índice ANS novamente refletiria a média da variação dos custos dos planos coletivos em t-2.

Note-se que um resultado no qual as duas partes – contratante e contratado – aceitam vincular o reajuste do contrato ao índice ANS, tendo ambos poder de barganha, é possível se, na média temporal, o índice de reajuste ANS for maior ou igual à variação de custos do contrato firmado e se os custos para o contratante de avaliar as despesas assistenciais do plano contratado forem altos, e os reajustes determinados forem menores ou iguais ao seu “reajuste reserva^[11]”.

Tendo em vista o exposto, a retirada da base de cálculo dos contratos que apresentaram reajuste semelhante ao índice de reajuste divulgado pela ANS no ano anterior visa tão somente adequar a prática ao objetivo da Yardstick Competition de utilizar variáveis associadas ao desempenho das firmas que são utilizadas como parâmetro e reduzir a probabilidade de que os resultados sejam influenciados por valores que não estão relacionados com as variações dos custos assistenciais dos próprios contratos. Como mostrado acima, a utilização de um índice externo como parâmetro para a determinação dos reajustes e que pode, a depender do ano, ser maior ou menor que a VCMH, é possível mesmo em um ambiente no qual contratante e contratado tenham poder de barganha.

É possível que não apenas os contratos reajustados exatamente no mesmo percentual do índice sejam influenciados por este, mas também outros com reajustes ligeiramente mais baixos ou mais altos. Como enfatizou o Ministério da Fazenda, contudo, não há acompanhamento das negociações específicas dos reajustes dos contratos de planos coletivos, não se podendo afirmar com certeza quais contratos foram influenciados pela divulgação do índice de reajuste. É por essa razão que a Agência considera haver retroalimentação apenas quando o reajuste é estabelecido no valor exato do índice da ANS do ano anterior, pois neste caso nos parece ser mais provável que o reajuste tenha sido influenciado pelo índice do que resultado de negociação, baseado apenas nas variações de custo.

Nos últimos anos, é provável que a exclusão dos reajustes estabelecidos no mesmo valor do índice de reajuste da ANS do período anterior possa ter contribuído para um maior índice de reajuste. A decisão da ANS, todavia, baseou-se no objetivo final da metodologia, que é refletir, tanto quanto possível, as variações de custos dos contratos dos planos coletivos no período de apuração do índice e não replicar índices de reajustes estabelecidos em anos passados. Os procedimentos metodológicos não foram escolhidos com base nos resultados prováveis. ”

No cálculo deste ano, 8.255 comunicados, totalizando 1.099.938 beneficiários em 4.147 contratos, correspondendo a 4,7% do total de beneficiários da base, apresentaram aplicação do percentual do Índice ANS divulgado no período, conforme ilustrado nos gráficos 3 e 4.

Contratos com alteração em fator moderador

No monitoramento executado para o cálculo do índice ANS 2016/2017 verificou-se que as operadoras não informaram no campo denominado “Percentual de reajuste acrescido de co-participação e franquia” do RPC, o percentual de reajuste que teria sido aplicado caso não houvesse alteração do fator moderador na negociação do reajuste, como pretendia o regulador. Acredita-se que esse equívoco se deu em virtude do próprio título do campo descrito no item 16.1, do Anexo 1, da IN/DIPRO nº 13/2006.

Ainda que a descrição do campo estabeleça que deva ser informado o percentual de reajuste que seria aplicado caso não houvesse alteração do fator moderador, verificou-se junto às operadoras que, na grande maioria dos casos, a informação foi prestada incorretamente. As operadoras indicaram ter refletido ora o reajuste do próprio fator moderador, ora a soma do reajuste da contraprestação pecuniária e do reajuste do fator moderador. Neste ponto, o monitoramento veio a confirmar questionamentos levantados pelas operadoras durante oficina oferecida pela DIPRO sobre Reajuste Coletivo e seus Monitoramentos, ocorrida em outubro de 2015, cujo objetivo foi prestar esclarecimentos quanto ao envio de informações de reajuste e permitir que a ANS verificasse as consequências da ação regulatória, conforme exemplificado pelo caso em tela.

Uma análise da base de cálculo do índice ANS aponta que em 5.723 comunicados, referentes a 3.667 contratos com 1.312.537 beneficiários (5,9% da base), o reajuste negociado sofreu influência de alteração do fator moderador na negociação do reajuste anual, conforme ilustrado nos gráficos 3 e 4. Nestes casos, além da baixa confiabilidade das informações prestadas no campo “Percentual de reajuste acrescido de co-participação e franquia”, o reajuste efetivamente praticado informado no campo “Percentual Aplicado ao Contrato” não representa a negociação do reajuste em função apenas da variação dos custos médico-hospitalares e da variação da frequência de utilização de um ano para o outro que a metodologia busca repassar para o reajuste dos planos individuais.

Monitoramento da base

A base do RPC é composta apenas por informações enviadas pelas operadoras sobre o reajuste de seus contratos coletivos. As operadoras são responsáveis pelas informações enviadas, que devem refletir suas negociações anuais de reajuste das contraprestações pecuniárias de acordo com as normas estabelecidas para tal procedimento. Assim sendo, a base do RPC está sujeita a incluir comunicados com irregularidades – quer sejam oriundas de erros de preenchimento dos dados enviados ou de erros de interpretação e aplicação das normas em vigor. Conforme já descrito na sessão anterior desta nota, são adotados procedimentos de tratamento da base para detecção e correção de irregularidades.

Além destes procedimentos de tratamento da base, foram executadas análises de comparação entre a quantidade de beneficiários informados no Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) e o total de beneficiários informados nos comunicados submetidos ao RPC para investigação de grandes anomalias. A análise da quantidade de beneficiários por operadora e por plano foi executada em janeiro de 2018, após o fim do prazo de envio dos comunicados de reajuste com aplicação até novembro de 2017. Nessa análise, comparou-se o registro de beneficiários em planos coletivos no SIB ao final de novembro de 2017 com o total dos beneficiários informados em todos os reajustes aplicados entre dezembro de 2016 e novembro de 2017.

Apesar do lapso temporal entre os períodos de competência das duas bases, foi possível identificar irregularidades nas bases de operadoras que apresentavam divergências significativas entre os dois totais. Selecionou-se uma amostra de operadoras para monitoramento das divergências, conforme os seguintes critérios:

1. Operadoras que apresentaram pelo menos 10 mil beneficiários a mais no RPC do que no SIB (Total: 9 operadoras);
2. Operadoras que apresentaram pelo menos 40% a mais de beneficiários no RPC do que no SIB (total: 3 operadoras);
3. Operadoras com pelo menos 50 mil beneficiários a menos no RPC do que no SIB (total: 12 operadoras);
4. Operadoras de médio e grande porte que submeteram no RPC menos de 15% do total de seus beneficiários no SIB (total: 28 operadoras);
5. Operadoras com comunicados que apresentaram percentuais de reajuste atípicos, ou seja, abaixo do limite inferior de - 5,50% ou acima do limite superior de + 34,5% conforme calculado pela metodologia Box Plot 1,5x sobre a base do RPC de novembro de 2017. A metodologia Box Plot 1,5x está detalhada no tópico “Tratamento estatístico para valores atípicos (*outliers*)” a seguir (total: 393 operadoras).

As irregularidades apontadas suscitaram correções dos comunicados por parte das operadoras, de forma que nenhuma operadora foi excluída da base de cálculo do Índice ANS para o biênio 2018/2019.

Tratamento estatístico para valores atípicos (*outliers*)

A média, como medida de tendência central, considera todas as observações de uma base e é influenciada pelas magnitudes absolutas dos valores atípicos (*outliers*) em uma série de dados. As observações que apresentam valores atípicos são consideradas erros ou anormalidades que podem causar distorções no cálculo. Esses valores atípicos podem ser decorrentes de fenômenos extraordinários ou mesmo de cálculos ou preenchimentos incorretos. A retirada dos valores atípicos da base do cálculo torna o índice calculado mais robusto e fidedigno.

Para a retirada dos valores atípicos, foi aplicada a ferramenta estatística Box Plot^[12]. A construção do Box Plot estabelece os limites para a exclusão das observações que contenham percentuais de reajuste considerados atípicos. Os limites para exclusão dos valores atípicos foram calculados utilizando-se o Box Plot de 1,5x, e aplicados conforme demonstrado no quadro 4 a seguir. Essa metodologia é aplicada desde 2008 no cálculo do Índice ANS.

Quadro 4 - Exclusão de valores atípicos (Box Plot 1,5)

	% Reaj	Beneficiários	Comunicados
Reajuste Mínimo	-53,13	107.519	648
Limite Inferior	-9,72		
Reajuste Máximo	468,43	633.827	7.108
Limite Superior	36,20		
Total atípicos		741.346	7.756
% da Base de cálculo		3,6%	5,7%

(III) CÁLCULO DO REAJUSTE 2018/2019

A variável utilizada para o cálculo do reajuste em 2018 é a mesma do ano anterior, ou seja, o percentual efetivamente aplicado nos contratos coletivos, indicado pelo campo denominado "Reajuste" na base de dados.

Adicionalmente, em 4.237 comunicados, o período de aplicação informado foi diferente de 12 meses, que é o período de aplicação do reajuste de contratos individuais. Esses comunicados representam 0,34% do total de comunicados na base e 525.505 beneficiários, ou 1,87% do total de beneficiários da base completa. Foi realizado um tratamento nesses comunicados para que o percentual aplicado em um período diferente de 12 meses se tornasse equivalente ao que seria aplicado em 12 meses, de acordo com a seguinte fórmula:

$$R_f = [(1 + R_i)^{(p/12)}] - 1$$

Onde:

R_f corresponde ao reajuste final,

R_i corresponde ao reajuste inicial e

p corresponde ao período de aplicação do reajuste em meses

Portanto, as estatísticas descritivas da base de cálculo que indicam as medidas de tendência central^[13] dos reajustes de planos coletivos informados à ANS, considerando todos os critérios e metodologia descritos nesta Nota Técnica estão detalhadas no quadro 5 abaixo.

Quadro 5 - Estatísticas dos comunicados de Reajuste

	2018	2017	2016	2015
Média Ponderada	13,04	15,46	13,57	12,43
Média Simples	14,78	16,42	14,97	14,05
Moda	10,00	13,55	15,00	0,00
Mediana	13,00	14,50	13,00	12,00
Trimédia	12,84	14,89	13,24	12,05
Mínimo	-53,13	-50,36	-41,41	-81,41
Máximo	468,43	387,75	1.000,00	1.000,00
Limite Inferior	-9,72	-3,92	-5,53	-7,15
Limite Superior	36,20	35,41	34,36	35,93
Contratos	64.355	60.020	66.401	65.649
Comunicados	141.395	130.471	134.949	141.162
Beneficiários	20.794.973	18.830.073	18.617.347	20.060.807
Operadoras	596	578	600	616

(V) MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL

A Média Simples ou Média Aritmética Simples é obtida somando-se todos os percentuais de reajuste e dividindo-se o resultado pela quantidade de reajustes informados. Ou seja, a média de n reajustes é sua soma dividida por n . A

Média Simples é uma medida de tendência central sensível aos valores atípicos e, portanto, faz-se necessária a aplicação de metodologia de tratamento de valores atípicos antes de sua utilização. Adicionalmente, nos cálculos envolvendo média aritmética simples, todos os reajustes têm exatamente a mesma importância ou o mesmo peso relativo, independentemente da quantidade de beneficiários ou contratos afetados pela aplicação de cada percentual.

No caso da Média Ponderada as observações têm importância relativa diferente. Nestes casos, o cálculo da média leva em conta a importância relativa ou peso relativo da quantidade de beneficiários afetados pelo reajuste aplicado. Especificamente, a Média Ponderada p de um conjunto de números $x_1, x_2, x_3, \dots, x_n$ cuja importância relativa ("peso") é respectivamente $p_1, p_2, p_3, \dots, p_n$ é calculada da seguinte maneira:

$$\bar{x}_p = \frac{p_1 \cdot x_1 + p_2 \cdot x_2 + p_3 \cdot x_3 + \dots + p_n \cdot x_n}{p_1 + p_2 + p_3 + \dots + p_n}$$

A Mediana é o valor (pertencente ou não ao conjunto de dados da base de cálculo) que divide a base em dois subconjuntos de mesmo tamanho. Quando o número de comunicados da base de cálculo for ímpar, a Mediana é o valor que divide a base de dados ao meio quando este se encontra ordenado em ordem crescente ou decrescente. Quando o número de comunicados da base for par, a Mediana é a média aritmética simples dos dois valores centrais. Note-se que a Mediana é afetada pela quantidade de comunicados e não pelos valores extremos. Esta medida de tendência central também não leva em consideração a quantidade de beneficiários. A Mediana é mais típica onde os valores centrais do conjunto de dados são intimamente agrupados. Quando as distribuições são muito assimétricas, a Mediana tende a ser o valor de tendência central mais representativo.

Conforme indicado na Nota Técnica nº 422/2008/GGEFP/DIPRO (vide anexo 6), a Trimédia, conhecida como Trimédia de Tukey, em referência ao estatístico John Tukey[14], é uma medida de tendência central com ênfase na mediana que atribui relativa importância aos quartis. Tal medida foi adotada para o cálculo do Índice ANS de 2008 e 2009 por se julgar à época que o grau de assimetria da distribuição dos reajustes justificava optar por uma metodologia que enfatizasse a Mediana e que, portanto, evitasse a influência de valores extremos. É importante ressaltar, porém, que esta medida é baseada na quantidade de comunicados e, portanto, não leva em consideração o total de beneficiários impactados por tais reajustes. A fórmula para calcular a trimédia é dada por:

$$TM = \frac{Q_1 + 2Q_2 + Q_3}{4}$$

Onde: Q_1 é o primeiro quartil;
 Q_2 é a mediana; e
 Q_3 é o terceiro quartil.

A Moda é definida como sendo "o valor (ou os valores) do conjunto que mais se repete", sendo, no caso, o percentual mais aplicado nos comunicados de reajuste de planos coletivos. Isto significa que a Moda representa o reajuste mais frequentemente aplicado entre os 130.471 comunicados constantes da base de cálculo, independentemente da quantidade de beneficiários afetados por cada reajuste. Logo, a Moda reflete a medida de tendência da maioria relativa dos contratos coletivos que sofreram reajuste no período de apuração, não levando em consideração, portanto, a quantificação pelo número de beneficiários.

(VI) CONSIDERAÇÕES FINAIS

No intuito de conferir maior transparência, normatizar o tema e aprimorar a metodologia que determina o índice de reajuste dos planos individuais, iniciou-se o Processo SEI - 33910.012414/2017-24. Adicionalmente, foram realizadas

a 7ª e 8ª reuniões do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos abertas ao mercado e à sociedade para discussão do tema, culminando na recomendação de abertura de Consulta Pública sobre proposta apresentada pela DIPRO na 482ª reunião ordinária da DICOL.

Diante da impossibilidade de avanço na proposta de nova metodologia e para evitar impactos financeiros de natureza retroativa aos consumidores de planos de saúde e gerar efeitos negativos ao setor, recomenda-se, em consonância com a metodologia ainda em vigor, a adoção da média ponderada. Dentre as medidas analisadas, esta é a que melhor captura a variável desejada (poder de negociação), conferindo a cada observação o peso de acordo com o quantitativo de beneficiários vinculados ao contrato. Ressaltamos adicionalmente que este ano não foi identificada a necessidade de mensurar impactos adicionais gerados por alterações no ROL de procedimentos.

Estão sujeitos à aplicação deste percentual todos os beneficiários de planos privados de assistência à saúde médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, de contratação individual ou familiar, contratados na vigência da Lei nº 9.656/98 ou a ela adaptados.

Vale ressaltar que desde a publicação da RN nº 171/2008, ficou dispensada a expedição de uma norma anual sobre o Reajuste. Está previsto em seu artigo 8º que o índice de Reajuste será publicado no Diário Oficial da União após aprovação da Diretoria Colegiada, devendo ser ouvido, previamente, o Ministério da Fazenda, conforme dispõe o inciso IV do artigo 10 da Lei nº 9.961/2000.

Por fim, sugere-se o encaminhamento da presente Nota à Diretoria Colegiada da ANS para apreciação e aprovação do Índice de Reajuste da ANS apurado para o período de 2018/2019.

Atenciosamente em 12/04/2018. À consideração superior.

[1] <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/comite-de-regulacao-da-estrutura-dos-produtos/atas-e-documentos-das-reunioes-do-comite-de-regulacao-da-estrutura-dos-produtos>

[2] Conforme documentos relativos ao item 2 da Pauta da DIPRO: <http://www.ans.gov.br/aans/transparencia-institucional/reunioes-da-diretoria-ans>

[3] Base extraída do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), versão fevereiro de 2018.

[4] As Notas Técnicas nº 422, 423 e 726/2008/GGEFP/DIPRO tratam da alteração para trimédia no período mencionado, enquanto a Nota Técnica nº 1060/2010/GGEFP/DIPRO trata do retorno à aplicação da média ponderada. A Nota Técnica nº 061/2017/GEFAP/GGREP/DIPRO trata da adoção da moda naquele ano.

[5] Artigos 19 a 21 da RN nº 195/2009; artigos 13 a 21 da RN nº 171/2008 e IN/DIPRO nº 13/2006 e seus anexos.

[6] Extensão de prazo de 10 dias concedida para reenvio de comunicados com irregularidades, provocado pelo processo de monitoramento detalhado no tópico “Exclusões da base para o cálculo do índice ANS – Monitoramento da base”.

[7] *Statistical Analysis Software, Enterprise Guide*, versão 7.15, Copyright © SAS Institute Incorporated.

[8] Base extraída do SIB, versão fevereiro de 2018.

[9] SHLEIFER, Andrei. *A Theory of Yardstick Competition*. Rand Journal of Economics, vol. 16, no3, 1985.

[10] VISCUSI et alli (2005) dão o seguinte exemplo: Imagine que um regulador em Illinois selecione provedores de energia elétrica em outros estados que têm função de produção e enfrentam função de demanda comparáveis com as das firmas em Illinois. O regulador determina o custo médio por MW/hora para todas as firmas comparáveis (custo médio=AC) e depois estabelece o preço da firma X igual a AC. Se

os reguladores nos outros estados adotarem o mesmo procedimento, essa metodologia iria eliminar a relação do custo com a regulação. O preço de cada firma seria estabelecido independentemente de seus próprios custos. VISCUSI et alli. *Economics of Regulation and Antitrust*. Massachusetts Institute of Technology, 4ª edição, 2005, p. 442.

[11] Está-se a chamar “reajuste-reserva” o índice máximo que o contratante está disposto a aceitar de reajuste. O reajuste-reserva pode ser influenciado pela capacidade de pagamento do contratante, pelos índices de inflação e outros já divulgados, pelos custos de mudança de plano e pelos preços de outros planos coletivos.

[12] Uma explicação didática da técnica fornecida pelo “Engineering Statistics Handbook” do National Institute of Standards and Technology (NIST) encontra-se reproduzida no Anexo 8.

[13] As medidas de tendência central indicam, em geral, um valor central em torno do qual os dados estão distribuídos.

[14] Esta medida foi discutida pelo Estatístico John Tukey em 1977, no livro *Exploratory Data Analysis*.



Documento assinado eletronicamente por **BRUNO CORTAT DE CARVALHO, Gerente Econômico-Financeiro e Atuarial dos Produtos (substituto)**, em 13/04/2018, às 13:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **JOAO BOAVENTURA BRANCO DE MATOS, Coordenador(a) de Monitoramento Econômico-Financeiro dos Produtos**, em 13/04/2018, às 13:39, 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 13/04/2018, às 15:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **CLAUDIA AKEMI RAMOS TANAKA, Coordenador(a) de Monitoramento Econômico-Financeiro dos Produtos**, em 13/04/2018, às 15:37, 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 13/04/2018, às 15:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Carla de Figueiredo Soares, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIPRO**, em 13/04/2018, às 16:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Karla Santa Cruz Coelho, Diretor(a) de Normas e Habilitação dos Produtos**, em 16/04/2018, às 10:43, 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 **6401545** e o código CRC **FE114BE5**.



Referência: Processo nº 33910.011378/2018-62

SEI nº 6401545

PROCESSO Nº: 33910.011378/2018-62

NOTA TÉCNICA Nº 3/2018/COMEP/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO

Interessado:

COORDENADORIA DE MONITORAMENTO ECONÔMICO-FINANCEIRO DOS PRODUTOS, GERÊNCIA ECONÔMICO-FINANCEIRO E ATUARIAL DOS PRODUTOS, GERÊNCIA GERAL DE REGULAÇÃO DA ESTRUTURA DOS PRODUTOS -GGREP

Esta Nota Técnica objetiva complementar a NOTA TÉCNICA Nº 1/2018/COMEP/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (6401545), tendo vista questionamento apresentado pelo Ministério da Fazenda via correspondência eletrônica (7184385), solicitando esclarecimentos complementares sobre a exclusão, da base de dados utilizada no cálculo do reajuste dos contratos individuais, dos valores iguais a zero.

Na realidade, os reajustes "zero" não são excluídos da base. São excluídos da base apenas os zeros que estão "em negociação". O que ocorria é que, em anos anteriores, quando o comunicado continha o percentual de zero e estava "em negociação", se as partes acordassem que o reajuste seria realmente zero, não havia necessidade de confirmar o comunicado anterior para alterar o status "em negociação", de modo que todos os comunicados "em negociação" com valor zero eram considerados.

A partir de 2015, com as modificações ocorridas na IN DIPRO nº 13/2006, se o reajuste aplicado ao contrato for realmente zero, a operadora deve confirmar o valor, alterando o status do comunicado. Desta forma, os valores de reajuste zero são considerados para o cálculo do reajuste, sendo desprezados apenas aqueles que não foram confirmados pelas operadoras e continuam com o status "em negociação".

Atenciosamente.



Documento assinado eletronicamente por **RODOLFO NOGUEIRA DA CUNHA**, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar, em 08/06/2018, às 17:59, 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 08/06/2018, às 20:23, 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 11/06/2018, às 10:30, 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 **7184385** e o código CRC **8C35B758**.

Referência: Processo nº 33910.011378/2018-62

SEI nº 7184385

PROCESSO Nº: 33910.011378/2018-62

NOTA TÉCNICA Nº 4/2018/COMEP/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO

Interessado:

COORDENADORIA DE MONITORAMENTO ECONÔMICO-FINANCEIRO DOS PRODUTOS, GERÊNCIA ECONÔMICO-FINANCEIRO E ATUARIAL DOS PRODUTOS, GERÊNCIA GERAL DE REGULAÇÃO DA ESTRUTURA DOS PRODUTOS -GGREP

1. ASSUNTO

Reajuste de Planos Individuais 2018/2019

2. ANÁLISE

Em estrito atendimento às atribuições desta Gerência Geral Regulatória da Estrutura dos Produtos – GGREP/DIPRO, foi elaborada a Nota Técnica nº 1/2018/COMEP/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (doc. 6401545), a qual descreveu a metodologia de apuração 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 período de 1º de maio de 2018 a 30 de abril de 2019.

A citada Nota, que sugeriu a adoção da medida de tendência central da média ponderada, foi submetida à deliberação da Diretoria Colegiada da ANS em sua 485ª Reunião Ordinária, que manifestou sua decisão por intermédio do Despacho nº 001/DICOL/2018 (doc. 6605042)

Ato contínuo, todos os documentos foram encaminhados para conhecimento e manifestação do Ministério da Fazenda, por intermédio do Ofício nº: 31/2018/DIPRO (doc. 6605062).

Após reunião entre a ANS e os técnicos da SEAE no dia 16 de maio de 2018, foi encaminhado um questionamento por correio eletrônico (doc. 7192484), o qual foi respondido através da Nota Técnica nº 3/2018/COMEP/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (doc. 7184385).

Em seguimento, o Ministério da Fazenda manifestou-se através da Nota Técnica SEI nº 10/2018/COGIS/SUPROC/SEPRAC-MF (doc. 7374686). Com relação à manifestação desse órgão, esta Nota Técnica visa abordar os principais temas arguidos, a fim de subsidiar a decisão final a ser prolatada pela Diretoria Colegiada da ANS.

Da Retroalimentação

Em sua manifestação, o Ministério da Fazenda aborda o tema da retroalimentação, arguindo que "(...) nos parece inadequado que a Agência altere a base de cálculo do reajuste com base em tentativas de simular as ações estratégicas de formação de preço dos agentes de mercado. Em particular, a Agência não tem como saber se os agentes de mercado usam, como preço foco, o reajuste anterior ou o reajuste anterior adicionado de uma margem positiva ou negativa, o que tornaria o exercício de eliminação da retroalimentação não só inútil, como até

mesmo contraproducente, pois evidentemente ao retirar valores fora dos extremos da amostra, a própria agência está alterando o cálculo de forma não-justificada”.

Em relação à exclusão dos comunicados que replicam o índice do ano anterior divulgado pela ANS, é importante ressaltar que a metodologia adotada pela ANS desde 2001 é descrita de maneira abrangente no artigo "*Theory of Yardstick Competition*", de autoria de Andrei Shleifer e publicado no *Rand Journal of Economics*". Um exame mais apurado desta metodologia permite verificar que o regulador pode determinar qual deveria ser o custo da firma regulada e, assim, definir o preço a ser estabelecido, de modo que cubra todos os custos de uma firma eficiente. Neste caso, como a regulação não é baseada no comportamento passado ou futuro da própria firma regulada, a possibilidade de manipulação de dados ou de alteração de comportamento pela mesma, com o fim de induzir resultado específico da regulação, é menor.

Ademais, no livro "*Economics of Regulation and Antitrust*", publicado pelo Massachusetts Institute of Technology, o pesquisador W. Kip Viscusi postula que um dos riscos na aplicação da *Yardstick Competition* é de que as variáveis utilizadas na regulação do conjunto de firmas definido como parâmetro não reflitam seus custos e condições operacionais, mas sejam influenciadas ou totalmente determinadas por fatores exógenos. Nesse caso, os preços determinados pelo regulador estariam dissociados dos custos, e a regulação tenderia a não ser eficiente, não refletindo os custos que deveriam ser representados.

No caso do setor de saúde suplementar brasileiro, consideradas as ressalvas a respeito das semelhanças de custos entre planos individuais e coletivos, parte-se do pressuposto de que os reajustes negociados nos planos coletivos refletem as variações de custos médico-hospitalares desses planos. Assim, considerando-se que há poder de barganha do lado dos contratantes nos contratos acima de 30 vidas, os reajustes de cada contrato refletiriam o aumento de custos daquele contrato ou valor muito próximo a este.

De todo modo, o índice de reajuste para os planos individuais/familiares divulgado anteriormente pela ANS pode ser considerado, contudo, um parâmetro comparativo da variação dos custos médico-hospitalares pelos agentes do setor, podendo ser usado por contratantes e contratados como parâmetro do reajuste de seus contratos. Nesta hipótese, os reajustes dos contratos baseados no índice ANS estariam desvinculados das variações de custos dos próprios contratos, ainda que possa haver alguma correlação entre ambos.

Assim, a retirada da base de cálculo dos contratos que apresentaram reajuste semelhante ao índice de reajuste divulgado pela ANS no ano anterior visa, sobretudo, adequar à prática o objetivo precípua do *Yardstick Competition* em utilizar variáveis associadas ao desempenho das firmas e reduzir a probabilidade de que os resultados sejam influenciados por valores que não estão relacionados com as variações dos custos assistenciais dos próprios contratos, ainda que estejamos em um ambiente no qual contratante e contratado tenham poder de barganha.

Outrossim, informamos os índices máximos de reajuste dos planos individuais, caso os reajustes autorizados para os planos individuais nos anos anteriores (13,57% de março a abril de 2017 e 13,55% de maio/2017 a fevereiro/2018), fossem considerados na base de cálculo os comunicados de reajustes:

Cálculo Reajuste	Média Ponderada	Moda
Critérios ANS (sem retroalimentação)	13,04%	10,00%
Critérios MF (com retroalimentação)	13,09%	13,57%

Conclusão: Pelo exposto, não se pode afirmar que a ANS altera a base de cálculo do reajuste ao não considerar em sua base os índices de reajuste máximo dos planos individuais/familiares do ano anterior ao cálculo, e que ao contrário do que se afirma, essa prática reflete estrita observância ao objetivo precípua da metodologia *Yardstick Competition*.

Assim, conforme já explicado em Notas anteriores em resposta a esse órgão^[1], o objetivo principal do cálculo do reajuste baseado em uma medida de tendência central dos planos coletivos é trazer as características

concorrenciais desse mercado para o mercado individual. Sendo recorrente a adoção dos índices-teto divulgados pela ANS para planos individuais de anos anteriores entre os reajustes comunicados nos planos coletivos, entende-se que esses reajustes não captam o exercício de livre negociação entre as partes, ferindo a metodologia de cálculo, o que justifica sua exclusão da base de cálculo.

Do Monitoramento dos Comunicados de Reajustes Coletivos

Ainda em sua Nota, o Ministério aborda a questão relativa à retroalimentação, acrescentando o seguinte argumento: "(...) Ademais, de toda forma, a ANS não acompanha os processos de negociação e não apresentou evidências que sustentem o corte dos comunicados replicados."

Com relação à retirada dos comunicados replicados (retroalimentação), os argumentos técnicos foram delineados no item anterior, restando certo que a retirada dos comunicados replicados se justifica por se entender que a aplicação desses reajustes é influenciada por valores que não estão relacionados com as variações dos custos assistenciais dos próprios contratos e em estrita observância à metodologia adotada para cálculo do reajuste dos planos individuais.

Cabe, outrossim, esclarecer sobre os mecanismos de monitoramento dos comunicados de reajustes coletivos:

A ANS monitora anualmente os comunicados de reajustes aplicados aos contratos dos planos coletivos médico-hospitalares e vem permanentemente aprimorando este processo de trabalho iniciado em 2015, com a verificação da fidedignidade dos comunicados de reajustes coletivos.

Importante salientar que a ação de monitoramento se dá tanto para fins de cálculo do reajuste individual, quanto para verificação das informações prestadas nos comunicados de reajustes coletivos, inclusive quanto à forma de cálculo e observância às cláusulas contratuais.

Essas ações perpassam por fases que vão desde a realização de oficinas sobre reajuste coletivo para as operadoras, monitoramento remoto por meio de solicitação de dados comprobatórios dos reajustes, podendo findar na realização de reuniões e, eventualmente, em visitas técnicas às operadoras para verificação das informações prestadas.

Da obrigatoriedade de envio do comunicado de reajuste dos planos coletivos

As operadoras que comercializam planos coletivos médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, com formação de preço pré-estabelecida, independente da data da celebração do contrato, devem comunicar à ANS os reajustes aplicados, tanto os positivos e os negativos, quanto a ausência de reajuste, de acordo com os arts. 13 e 15 da RN nº 171/2008. Os procedimentos necessários para comunicação do reajuste aplicado, dentre eles o prazo para envio, estão disciplinados na IN DIPRO nº 13/2006 e seus anexos, sendo descritas as informações mínimas obrigatórias para que o comunicado seja incorporado com sucesso à base de dados do sistema de Reajuste de Planos Coletivos – RPC.

Com relação às informações sobre a evolução dos preços dos planos coletivos, materializada no reajuste informado, um dos monitoramentos consiste no levantamento de operadoras que não encaminharam os comunicados de reajuste no prazo previsto pela IN DIPRO nº 13/2006. Uma vez constatada a ausência do comunicado, instaura-se um procedimento de representação para apurar a responsabilidade da operadora infratora, que pode receber uma multa pecuniária de até R\$ 25.000,00 pela ausência da informação ou pelo envio fora do prazo estabelecido, conforme previsto no art. 35 da RN nº 124/2006:

"Art. 35. Deixar de enviar à ANS ou enviar, fora do prazo previsto na regulamentação, documento ou informação periódica:

Sanção - multa de R\$ 25.000,00. (Alterado pela RN nº 301, de 07 de agosto de 2012).

§ 1º Para efeito do previsto no caput deste artigo, somente serão considerados os envios das informações periódicas remetidas em atendimento aos normativos vigentes. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016).

§ 2º A multa será individualizada por documento ou informação periódica não encaminhada ou encaminhada fora do prazo. (Incluído pela RN nº 301, de 07 de agosto de 2012).

§ 3º Caso a informação obrigatória deixe de ser encaminhada, por período superior ao previsto no §2º do art. 17 desta Resolução, poderá ser aplicada a penalidade de cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira de beneficiários, na forma prevista nesta Resolução Normativa. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016).

§ 4º Caso a informação obrigatória deixe de ser encaminhada por períodos sucessivos, a multa prevista no caput será acrescida de 1/5 (um quinto) por período não encaminhado e/ou encaminhados em caráter intempestivo. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)."

Ressalte-se que a ANS monitora permanentemente tais planos desde junho de 2000, sendo a última conferência realizada em julho de 2016 relativa a reajustes aplicados no período de maio/2011 a abril/2015. Nesta oportunidade foram realizadas notificações a 841 operadoras que não apresentaram ao menos um comunicado de reajuste pelo sistema de Reajuste de Planos Coletivos - RPC para produtos de planos coletivos com beneficiários vinculados no período supracitado. Após isso, 354 operadoras regularizaram as pendências apontadas (42%) e tiveram seus processos arquivados. As 487 operadoras restantes foram representadas (58%) em decorrência de omissão no envio de comunicado de reajuste de plano coletivo e os processos estão em fase final de análise. A próxima rodada de representações deve ser iniciada brevemente e será relativa ao não envio de comunicados de reajuste no período de maio/2015 a abril/2018.

Monitoramento dos comunicados de reajuste coletivo para fins de cálculo do reajuste individual

De acordo com a metodologia denominada *Yardstick Competition*, vigente desde 2001, o reajuste individual é calculado pela média ponderada dos reajustes dos planos coletivos médico-hospitalares incorporados ao RPC nos 12 (doze) meses anteriores e informados à ANS até 30 de março do ano a que se refere o reajuste, desconsiderando-se os comunicados que contêm valores de reajuste classificados como *outliers*, com base na metodologia Box Plot 1,5.

Na rotina de monitoramento, que ocorre em período anterior ao cálculo do reajuste dos planos individuais/familiares, são gerados relatórios para identificar contratos de operadoras com índices de reajustes considerados destoantes em relação à média do mercado (*outliers*) e operadoras que apresentaram grande divergência na comparação do número de beneficiários vinculados a planos coletivos informados no Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) e o somatório dos beneficiários informados nos comunicados RPC. As planilhas com as informações consolidadas são encaminhadas às operadoras para validação das informações prestadas, que devem responder perguntas relacionadas ao índice de reajuste aplicado, à regra de reajuste único para agrupamento de contratos (*Pool* de Risco), além de dados sobre a Pessoa Jurídica Contratante e de identificação do responsável nas operadoras pelas informações prestadas.

O monitoramento realizado no ano de 2018 seguiu a mesma sistemática do ano de 2017, com envio de documento às operadoras, denominado "Extrato de RPC" para validação das informações pelas operadoras. Foram considerados os comunicados de reajuste aplicados pelas operadoras no período de março de 2017 a fevereiro de 2018 constantes da base de dados do sistema RPC. Ao todo foram selecionadas 63 operadoras, sendo 10 pelo critério de identificação de valores de reajuste destoantes (*outliers*) e 53 pelo critério de divergência entre o número de beneficiários informados no cadastro oficial da ANS por meio do Sistema de Informação de Beneficiários - SIB e o somatório de beneficiários informados nos comunicados de reajuste do sistema RPC.

Foram encaminhados para validação **575.723 comunicados**, que se referem ao mesmo número de contratos/apólices, uma vez que a comunicação de reajuste é realizada para cada um dos contratos/apólices associados aos produtos registrados na ANS. A estes contratos estão vinculados cerca de 18,5 milhões de beneficiários, de acordo com dados atualizados do SIB até março/2018.

A verificação das informações prestadas pelas operadoras está em andamento na área técnica, com solicitação de informações complementares para subsidiar a análise final, podendo desencadear na abertura de processos administrativos para apuração de indícios de infração.

Extração e tratamento da base para o cálculo do reajuste individual

A extração e tratamento da base para fins de cálculo do índice máximo de reajuste dos planos individuais foram informados na NOTA TÉCNICA Nº 1/2018/COMEP/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (doc.),

que descreve a metodologia de apuração do percentual máximo de reajuste que incidirá sobre os planos individuais/familiares no período de 1º de maio de 2018 a 30 de abril de 2019, encaminhada a esta Secretaria.

Monitoramento dos reajustes em contratos agrupados

Com a edição da RN nº 309/2012, a ANS passou a disciplinar o reajuste aplicado aos contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários. De acordo com este normativo, os reajustes anuais dos planos coletivos de todos os contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários de uma determinada operadora devem ser calculados através do agrupamento desses contratos (*Pool* de Risco), resultando assim em um único percentual a ser aplicado. A ANS pretendeu com esta medida introduzir um maior mutualismo para o cálculo do reajuste e a redução do risco de cada contrato, que ficaria melhor distribuído e diluído dentro de um grupo maior.

As operadoras ficam obrigadas ainda a divulgar o percentual de reajuste em seu endereço eletrônico na *internet*, no primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, devendo também identificar os contratos que receberão o reajuste e seus respectivos planos. Também deve ser observada a obrigação de informar o percentual aplicado por meio do boleto e da fatura de cobrança, conforme estabelece a RN nº 171/2008, bem como o envio do comunicado de reajuste pelo sistema RPC.

Para induzir o cumprimento da norma e dar transparência aos índices aplicados, optou-se por realizar pesquisa pela plataforma FormSUS. Desta forma, desde o início da vigência da RN nº 309/2012, é realizada uma pesquisa anual de reajustes aplicados aos contratos agrupados por meio de consulta às operadoras. A última pesquisa foi realizada entre os dias 23/10/2017 e 24/11/2017, junto a 712 operadoras que possuíam contratos coletivos médico-hospitalares com beneficiários em pelo menos 12 meses consecutivos desde maio/2016, por meio do preenchimento de formulário eletrônico disponibilizado pelo link: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=34966.

A pesquisa foi respondida por 612 operadoras de planos de saúde, dentre as quais 482 possuíam contratos elegíveis ao agrupamento de contratos previstos na RN nº 309/2012, 130 informaram que não os possuíam e 112 não responderam. A soma supera o número de operadoras selecionadas, pois algumas operadoras que não constavam da lista inicial responderam, embora estivessem desobrigadas por não possuírem beneficiários vinculados a planos coletivos na modalidade de pré-pagamento. Após o fim do período de validade da pesquisa, a GEFAP oficiou, via PTA, 165 operadoras para que respondessem a pesquisa ou justificassem o não envio das informações solicitadas. O link permaneceu aberto até 23/12/2017 para cumprimento da obrigação e, após este período, restaram 112 operadoras que não responderam, dentre estas 3 (três) com registro na ANS cancelado, para as quais serão lavrados autos de representação, que podem resultar em multa pecuniária prevista no art. 34 da RN nº 124/2006:

"Envio de informações das operadoras e dos prestadores de serviços

Art. 34. Deixar de encaminhar à ANS, no prazo estabelecido, os documentos ou as informações devidas ou solicitadas, exceto na hipótese do artigo anterior: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção - multa de R\$ 25.000,00. (Alterado pela RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)"

Assim sendo, é possível verificar que ao longo dos anos as melhorias efetivadas no sistema RPC e o incremento no número de operadoras monitoradas por ano, com maior representatividade em termos de números de contratos e beneficiários de planos coletivos, denotam os esforços desta área técnica na verificação da fidedignidade dos comunicados do reajuste dos planos coletivos.

Nesse escopo, embora a base de dados com as informações provenientes dos entes regulados seja excessivamente extensa, estas são submetidas a uma criteriosa análise de consistência e qualidade por parte do órgão regulador, a fim de se evitar distorções estatísticas e eventuais manobras colusivas.

Conclusão: É cediço que não faz parte do escopo regulatório da ANS acompanhar os processos de negociação dos reajustes dos planos coletivos. Entretanto, resta evidenciado o esforço regulatório no sentido de monitorar na base de dados dos reajustes dos planos coletivos, ressaltando-se a exigência normativa trazida pela RN nº 389/15[2] que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar e estabelece a obrigatoriedade da disponibilização pelas operadoras do conteúdo mínimo de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil.

No que pertine à medida de tendência central para aplicação do percentual de reajuste aos planos individuais/familiares, a Nota assevera que “(...) As melhores práticas regulatórias apontam a estabilidade regulatória como uma característica desejável de um marco regulatório. Por estabilidade regulatória espera-se que as regras e sua interpretação sejam estáveis, por períodos de tempo razoáveis, e que eventuais mudanças sejam previsíveis (Cf. Baldwin, Robert, *Regulatory stability and the challenges of re-regulating*), de modo a assegurar a atratividade dos investimentos no setor. No caso em tela, tais considerações se expressariam na adoção de uma mesma metodologia estatística ao longo dos anos, e, nesse sentido, não vislumbramos justificativa para a utilização da moda como medida de tendência central, em contraste com a média ponderada, utilizada desde 2001, à exceção de dois anos.”

Além do trecho em destaque, a Nota faz diversas ponderações sobre a utilização da moda no cálculo do índice de reajuste para os planos individuais/familiares.

Nesse ensejo, vale ressaltar que, não obstante o fato de que a recomendação técnica contida na Nota nº 01/2018/COMEP/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (doc. 6401545) aponte para a utilização da média ponderada para o estabelecimento do índice de reajuste máximo para os planos individuais/familiares, a escolha da moda por decisão da DICOL não se afasta do campo das medidas de tendência central previstas na ciência estatística e, deste modo, permanece aderente ao intuito de induzir a eficiência no setor através da utilização do *Yardstick Competition*.

Outrossim, em que pese o fato de que a indicação do critério da moda priorize variáveis discretas, há que se considerar que o caráter negocial presente na base utilizada indique mais a adoção de números inteiros ou “redondos” do que aqueles resultantes de um processo de cálculo, aproximando-os, neste sentido, das variáveis discretas. Além disso, deve ser lembrado que o sistema RPC compreende, no máximo, duas casas decimais. Nesse sentido, a utilização da moda no contexto das medidas de tendência central é viável.

Em 2017, no reajuste daquele ano também se considerou a moda como medida de tendência central ideal por entender que refletia a medida de tendência da maioria relativa dos contratos coletivos que sofreram reajuste no período de apuração e comparada a cada uma das demais medidas de tendência central nos dois anos anteriores, evidenciava-se que a Moda, dentre elas, era a única medida que apresentava redução.

Conclusão: Nessa senda, a adoção em 2018 de qualquer uma das linhas de tendência central apresentadas em Nota à Diretoria Colegiada da ANS e a essa Secretaria não traria qualquer transgressão ou desvirtuamento da metodologia conhecida como *Yardstick Competition*, adotada ao longo dos anos, sendo certo que o papel deste órgão junto à sociedade brasileira de garantir o interesse público na regulação do setor de saúde suplementar estaria sendo cumprido, observados sobretudo fatores de ordem econômica, política e social do país.

Dos Estudos Envolvendo a Nova Metodologia de Reajuste para Planos Individuais/Familiares

Em diversos trechos da Nota em destaque, menciona-se a necessidade de adoção de uma nova metodologia de cálculo do índice.

Nesse particular, esta área técnica endossa o teor da Nota nº 01/2018/COMEP/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (doc. 6401545), a fim de clarificar os esforços realizados no sentido de adotar nova metodologia. Todo o histórico, os estudos sobre comportamento do mercado de planos coletivos - especialmente nos últimos dois anos - bem como a proposta elaborada pela área técnica e encaminhada à DICOL estão amplamente documentados no Processo SEI: 33910.012414/2017-24.

Ademais, as discussões técnicas levadas a cabo no âmbito do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos são públicas e disponíveis no caminho <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/comite-de-regulacao-da-estrutura-dos-produtos>, bem como a Análise de Impacto Regulatório da nova metodologia é acessível através do caminho http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/50398_AIR%20-%20Nova%20Pol%C3%ADtica%20de%20Pre%C3%A7os%20e%20Reajustes_Vers%C3%A3o%2019-02-18_Final.pdf

3. DA CONCLUSÃO

Ao final de sua Nota, o Ministério da Fazenda recomenda:

“Apuração de novo índice de reajuste, incorporando os dados referentes à retroalimentação, adequando-se à metodologia para variáveis contínuas, uma vez que a atual metodologia é recomendada para

variáveis discretas, o que não é adequado, dada a natureza dos valores de reajuste;

Que a metodologia de cálculo nos próximos reajustes seja reformulada, haja vista as fragilidades apresentadas sobre o atual modelo, considerando os comentários elencados na seção 5.3 da presente nota.

Que a ANS se esforce para cumprir o disposto na Portaria MF nº 421, de 23 de dezembro de 2005, a qual dispõe que “a ANS deverá encaminhar, com quinze dias de antecedência, os percentuais de reajuste ou de revisão concedidos a cada operadora na forma do Anexo a esta Portaria”, de forma a possibilitar o suficiente tempo de análise para este Ministério, evitando prorrogações de prazo do anúncio do reajuste e em consequência para os agentes do mercado”.

Com relação à primeira recomendação, ratificam-se as justificativas técnicas constantes nesta Nota com relação ao expurgo da retroalimentação, frisando que se entende que os reajustes dos contratos baseados no índice ANS estariam desvinculados das variações de custos dos próprios contratos, ainda que possa haver alguma correlação entre ambos.

Quanto à segunda recomendação, cabe enfatizar os esforços contínuos desta ANS em discutir não só uma nova metodologia para cálculos dos reajustes em planos individuais/familiares, mas também no sentido da reflexão da política de preços e reajustes na Saúde Suplementar, o que se pode verificar no processo número 33910.012414/2017-24.

Por fim, relativo à terceira e última recomendação, ressaltam-se os esforços da área técnica na apuração e cálculos dos reajustes para os planos individuais/familiares, sendo certo que o Ofício de encaminhamento para análise do Ministério da Fazenda data de 27 de abril de 2018, após apreciação da Nota Técnica na 485ª Reunião Ordinária da Diretoria Colegiada na mesma data.

[1] Nota nº 991/2016/GEFAP/GGREP/DIPRO/ANS, Nota 1265/2016/GEFAP/GGREP/DIPRO, Nota nº 821/2015/GGEFP/DIPRO.

[2] Dentre as informações obrigatórias, as operadoras devem disponibilizar à pessoa jurídica contratante de plano coletivo empresarial ou por adesão, com formação de preço pré-estabelecido, um extrato pormenorizado em formato eletrônico contendo os seguintes itens considerados para o cálculo do reajuste no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS: I – o critério técnico adotado para o reajuste e a definição dos parâmetros e das variáveis utilizados no cálculo; II – a demonstração da memória de cálculo realizada para a definição do percentual de reajuste e o período de observação; e III – o canal de atendimento da operadora para esclarecimento de dúvidas quanto ao extrato apresentado. Importante destacar que o extrato pormenorizado deve ser disponibilizado com o mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência da data prevista para a aplicação do reajuste.



Documento assinado eletronicamente por **RAFAEL PEDREIRA VINHAS, Gerente-Geral de Regulação da Estrutura dos Produtos**, em 22/06/2018, às 20:07, 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 22/06/2018, às 20:15, 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 **7374620** e o código CRC **FBF54FCB**.