

## MINUTA

### RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº xxx, DE xx DE xxxxxx DE 2018

Estabelece critérios para cálculo e aplicação do reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados individuais / familiares, de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do artigo 10, combinado com os incisos XVII, XXI e XXXI do artigo 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em reunião realizada em XXX de XXXXXXXX de 2018, adotou a seguinte Resolução Normativa – RN, e eu, Diretor-Presidente Substituto, determino a sua publicação.

#### CAPÍTULO I

##### DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º O cálculo do índice de reajuste anual das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, individuais / familiares (IRPI), médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, obedecerão ao disposto nesta Resolução.

#### CAPÍTULO II

##### DISPOSIÇÕES GERAIS

###### Seção I

###### Dos parâmetros de cálculo do reajuste

Art. 2º O IRPI será resultado da ponderação do Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) e do Índice de Preços ao Consumidor Amplo expurgado do subgrupo Serviços de Saúde (IPCA Expurgado)

- I – O IVDA será ponderado por oitenta por cento;
- II – O IPCA Expurgado será ponderado por vinte por cento.

Art. 3º O IVDA é composto pelos seguintes fatores, conforme fórmula disposta nos anexos desta resolução:

I – Variação das Despesas Assistenciais dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar celebrados após a vigência da Lei 9.656/98 (**VDA**);

II – Fator de Variação da Receita por Reajuste Faixa Etária dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar celebrados após a vigência da Lei 9.656/98 (**VFE**); e

III – Fator de Estímulo a Ganhos de Eficiência (**FGE**).

Parágrafo único: O FGE é um fator de estímulo a ganhos de eficiência na variação das despesas assistenciais das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e será calculado a cada quatro anos.

Art. 4º O IPCA Expurgado será calculado através da reponderação dos subitens do IPCA após a exclusão do subgrupo 62 -Serviços de Saúde do IPCA.

#### Subseção I

##### Da fórmula de cálculo do reajuste

Art. 5º O IRPI será calculado através das seguintes parcelas, conforme anexos desta Resolução Normativa:

I - VDA dividida pelo VFE e deduzida do FGE, cujo resultado será multiplicado por oitenta por cento; e

II - IPCA Expurgado multiplicado por vinte por cento.

#### Seção II

##### Da frequência de cálculo do IRPI e sua divulgação

Art. 6º A aplicação do IRPI obedecerá a base anual de incidência, para fins de reajuste, conforme previsão contida na Resolução Normativa nº 171, de 2008.

Art. 7º A ANS divulgará em área específica de seu endereço eletrônico na internet e no Diário Oficial da União:

I – O valor apurado para o IRPI.

II – O período de aplicação do referido índice.

## CAPÍTULO III

### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 8º A existência de cláusula contratual em planos individuais ou familiares contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, prevendo reajuste ou revisão das contraprestações pecuniárias e especificando fórmulas e parâmetros para o seu cálculo, não exime as operadoras do cumprimento do disposto nesta Resolução.

Art. 9º A DIPRO poderá, por meio de Anexos ou Instruções Normativas, detalhar as rotinas de apuração e divulgação do reajuste e da vigência de que trata esta Resolução, com vistas ao desenvolvimento e aperfeiçoamento da sistemática de autorização dos reajustes dos produtos.

Art. 10 A autorização para aplicação do reajuste estará condicionada aos requisitos dispostos na Resolução Normativa nº 171, de 2008, e na Instrução Normativa/DIPRO nº 51, de 2017.

Parágrafo único. Os anexos e o aplicativo para solicitação de autorização do reajuste estão disponíveis na página da ANS no endereço eletrônico <http://www.ans.gov.br>.

Art. 11 Os dados utilizados para o cálculo do IRPI serão disponibilizados na página da ANS no endereço eletrônico <http://www.ans.gov.br>.

Art. 12 A metodologia e seus parâmetros serão revistos a cada quatro anos.

Art. 13 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

LEANDRO FONSECA DA SILVA  
DIRETOR-PRESIDENTE SUBSTITUTO

## ANEXO I – FÓRMULAS DE CÁLCULO

### **Fórmula de Cálculo do Índice de Reajuste dos Planos Individuais (IRPI):**

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

Onde,

IRPI = Índice de Reajuste dos Planos Individuais

IVDA = Índice de Valor das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei 9.656/98;

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

### **Fórmula de Cálculo do IVDA**

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

Onde,

VDA = Variação das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei 9.656/98

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

FGE = Fator de Estímulo a Ganhos de Eficiência.

## ANEXO II

### METODOLOGIA DE APURAÇÃO DA VARIAÇÃO DAS DESPESAS ASSISTENCIAIS DOS PLANOS INDIVIDUAIS MÉDICO-HOSPITALARES COM OU SEM COBERTURA ODONTOLÓGICA POSTERIORES À LEI 9.656/98 (VDA)

A Variação da Despesa Assistencial de cada operadora é calculada medindo-se a variação anual da Despesa Médico-Hospitalar dessa mesma operadora de um ano para o outro. A VDA referente ao trimestre  $t$  do ano  $a$  é calculado conforme a fórmula a seguir:

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

Onde:

$i$  = Operadora  $i$

$t$  = último trimestre com dados disponíveis do DIOPS do ano de cálculo do reajuste

$a$  = ano de cálculo do Índice de Reajuste dos Planos Individuais

DA = Despesas assistenciais dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar regulamentados pela Lei 9.656/98 acumulados em 12 meses até o trimestre  $t$  do ano  $a$  da Operadora

BEN = Média de beneficiários dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar regulamentados pela Lei 9.656/98 da Operadora

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

A metodologia de apuração da Variação da Despesa Assistencial (VDA), desde o método de extração das informações, incluindo os critérios de tratamento da base e a medida de tendência central utilizada serão objeto de Nota Técnica específica.

### ANEXO III

#### METODOLOGIA DE APURAÇÃO DO FATOR DE VARIAÇÃO DA FAIXA ETÁRIA (VFE).

A metodologia se baseia nas informações dos beneficiários da base do Sistema de Informações de Beneficiários - SIB, disponíveis no portal da ANS, e consiste nas seguintes etapas:

1. Apurar o número médio de beneficiários em planos individuais posteriores à Lei 9.656/98 distribuídos por faixa etárias (RN 63/03) em dois períodos (período "1" e período "2"), de acordo com o SIB:

| Faixas Etárias | Média de Beneficiários na Faixa etária <i>i</i> no Período 1 | Média de Beneficiários na Faixa etária <i>i</i> no Período 2 |
|----------------|--|--|
| 0 até 18       | <i>Benef</i> <sub>1 1</sub>                                  | <i>Benef</i> <sub>1 2</sub>                                  |
| 19 até 23      | <i>Benef</i> <sub>2 1</sub>                                  | <i>Benef</i> <sub>2 2</sub>                                  |
| 24 até 28      | <i>Benef</i> <sub>3 1</sub>                                  | <i>Benef</i> <sub>3 2</sub>                                  |
| 29 até 33      | <i>Benef</i> <sub>4 1</sub>                                  | <i>Benef</i> <sub>4 2</sub>                                  |
| 34 até 38      | <i>Benef</i> <sub>5 1</sub>                                  | <i>Benef</i> <sub>5 2</sub>                                  |
| 39 até 43      | <i>Benef</i> <sub>6 1</sub>                                  | <i>Benef</i> <sub>6 2</sub>                                  |
| 44 até 48      | <i>Benef</i> <sub>7 1</sub>                                  | <i>Benef</i> <sub>7 2</sub>                                  |
| 49 até 53      | <i>Benef</i> <sub>8 1</sub>                                  | <i>Benef</i> <sub>8 2</sub>                                  |
| 54 até 58      | <i>Benef</i> <sub>9 1</sub>                                  | <i>Benef</i> <sub>9 2</sub>                                  |
| 59 ou mais     | <i>Benef</i> <sub>10 1</sub>                                 | <i>Benef</i> <sub>10 2</sub>                                 |
| <b>Soma</b>    | $\sum_{i=1}^{10} \mathbf{Benef}_{i1}$                        | $\sum_{i=1}^{10} \mathbf{Benef}_{i2}$                        |

2. Apurar o fator médio de reajuste em cada faixa etária obtido no Painel de Precificação de publicação mais recente e os preços estimados a partir da base 100, conforme a tabela a seguir:

| <b>A</b>              | <b>B</b>  | <b>C</b>  | <b>D</b>  | <b>E</b>  |
|-----------------------|---|---|---|---|
| <b>Faixas Etárias</b> | <b>Média de Beneficiários na Faixa etária <i>i</i> no Período 1</b> | <b>Média de Beneficiários na Faixa etária <i>i</i> no Período 2</b> | <b>Reajuste de Faixa Etária (RFE<sub><i>i</i></sub>) do Painel Precificação</b> | <b>Preços (R\$) calculados na base 100 (Preço Faixa <i>i</i>)</b> |
| 0 até 18              | <i>Benef</i> <sub>11</sub>  | <i>Benef</i> <sub>12</sub>  | -   | <b>100</b>  |
| 19 até 23             | <i>Benef</i> <sub>21</sub>  | <i>Benef</i> <sub>22</sub>  | <i>RFE</i> <sub>2</sub>   | $100 * \prod_{i=2}^2 (1 + RFE_i)$                                 |
| 24 até 28             | <i>Benef</i> <sub>31</sub>  | <i>Benef</i> <sub>32</sub>  | <i>RFE</i> <sub>3</sub>   | $100 * \prod_{i=2}^3 (1 + RFE_i)$                                 |
| 29 até 33             | <i>Benef</i> <sub>41</sub>  | <i>Benef</i> <sub>42</sub>  | <i>RFE</i> <sub>4</sub>   | $100 * \prod_{i=2}^4 (1 + RFE_i)$                                 |
| 34 até 38             | <i>Benef</i> <sub>51</sub>  | <i>Benef</i> <sub>52</sub>  | <i>RFE</i> <sub>5</sub>   | $100 * \prod_{i=2}^5 (1 + RFE_i)$                                 |
| 39 até 43             | <i>Benef</i> <sub>61</sub>  | <i>Benef</i> <sub>62</sub>  | <i>RFE</i> <sub>6</sub>   | $100 * \prod_{i=2}^6 (1 + RFE_i)$                                 |
| 44 até 48             | <i>Benef</i> <sub>71</sub>  | <i>Benef</i> <sub>72</sub>  | <i>RFE</i> <sub>7</sub>   | $100 * \prod_{i=2}^7 (1 + RFE_i)$                                 |
| 49 até 53             | <i>Benef</i> <sub>81</sub>  | <i>Benef</i> <sub>82</sub>  | <i>RFE</i> <sub>8</sub>   | $100 * \prod_{i=2}^8 (1 + RFE_i)$                                 |
| 54 até 58             | <i>Benef</i> <sub>91</sub>  | <i>Benef</i> <sub>92</sub>  | <i>RFE</i> <sub>9</sub>   | $100 * \prod_{i=2}^9 (1 + RFE_i)$                                 |
| 59 ou mais            | <i>Benef</i> <sub>101</sub>   | <i>Benef</i> <sub>102</sub>   | <i>RFE</i> <sub>10</sub>  | $100 * \prod_{i=2}^{10} (1 + RFE_i)$                              |
| <b>Soma</b>           | $\sum_{i=1}^{10} \mathbf{Benef}_{i1}$                               | $\sum_{i=1}^{10} \mathbf{Benef}_{i2}$                               | -   | $\sum_{i=1}^{10} \mathbf{Preço Faixa Etária } i$                  |

3. Multiplicar o número de beneficiários do período "1" pelo fator médio de reajuste em cada faixa etária e o número de beneficiários do período "2" pelo fator médio de reajuste em cada faixa etária, a fim de calcular as receitas totais no período 1 e no período 2.

| <b>Receita Total no Período 1</b><br><b>(B x E)</b> | <b>Receita Total no Período 2</b><br><b>(C x E)</b> |
|---|---|
| $\sum_{i=1}^{10} Benef_{i1} * Preço Faixa_{i1}$     | $\sum_{i=1}^{10} Benef_{i2} * Preço Faixa_{i2}$     |

4. Calcular a receita *per capita* de cada período, dividindo o total da receita pelo número total de beneficiários de cada período:

| <b>Receita per capita</b><br><b>no Período 1</b>                                   | <b>Receita per capita</b><br><b>no Período 2</b>                                   |
|--|--|
| $\frac{\sum_{i=1}^{10} Benef_{i1} * Preço Faixa_{i1}}{\sum_{i=1}^{10} Benef_{i1}}$ | $\frac{\sum_{i=1}^{10} Benef_{i2} * Preço Faixa_{i1}}{\sum_{i=1}^{10} Benef_{i2}}$ |

5. Calcular a razão entre as receitas médias por beneficiário do período "2" e do período "1".

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

## ANEXO IV

### METODOLOGIA DE APURAÇÃO DO FATOR DE ESTÍMULOS A GANHOS DE EFICIÊNCIA DAS OPERADORAS (FGE) PARA O QUADRIÊNIO 2019-2022

A implementação do FGE objetiva promover maior eficiência na gestão das despesas dos planos individuais. Na ausência desse componente, o cálculo do reajuste ficaria restrito ao índice de recomposição da variação de despesas.

A despeito do fator contribuir negativamente para o cômputo do índice de reajuste do ponto de vista da Operadora, este gera incentivos para esta aumentar sua eficiência relativa. As operadoras mais eficientes têm ganho uma vez que o repasse da eficiência para os consumidores é calculado através da média do setor.

O Fator Estímulo à Ganhos de Eficiência é baseado na distância das Operadoras que apresentam VDA acima do 3º quartil e cria incentivos para que essas reduzam as distâncias relativas em relação as médias de variação de despesas do setor e evita o repasse de ineficiências ao cálculo da VDA.

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

- 1) Calcula-se o somatório das distâncias das operadoras que apresentam variação de despesas assistenciais (VDA) acima do 3º quartil (Q3)<sup>1</sup> em 2014, 2015, 2016 e 2017, ponderada pelo número de beneficiários dessas operadoras:

#### **Fórmula:**

*Média ponderada das distâncias da VDA das operadoras acima do Q3 em relação ao Q3, no ano a =*

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

Onde:

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

---

<sup>1</sup> 3º quartil – Q3: valor a partir do qual se encontram 25% dos valores mais elevados da VDA.

- 2) Em seguida, calcula-se a média geométrica dos quatro períodos. O cálculo da média objetiva tornar o fator mais estável, com previsão de revisão a cada quatro anos.

## ANEXO V

### METODOLOGIA DE CÁLCULO DO IPCA EXPURGADO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA é produzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE desde 1980 e mede as variações de preços ao consumidor ocorridas nas regiões metropolitanas de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre, além de Brasília e Goiânia.

O IPCA é utilizado pelo Banco Central Brasil para o acompanhamento dos objetivos estabelecidos no sistema de metas de inflação, adotado a partir de julho de 1999, para o balizamento da política monetária.

O IPCA é composto por nove grupos: 1- Alimentação e Bebidas, 2- Habitação, 3- Artigos de Residência, 4 - Vestuário, 5 - Transportes, 6 - Saúde e Cuidados Pessoais, 7 - Despesas Pessoais, 8 - Educação e 9 - Comunicação.

O Grupo Saúde e Cuidados Pessoais subdivide-se em três subgrupos, (61 Produtos Farmacêuticos e Óticos, 62- Serviços de Saúde e 63- Cuidados pessoais).

Considerando que o objetivo da adoção do IPCA na metodologia de reajuste é corrigir as despesas não assistenciais, considera-se adequado expurgar do IPCA os efeitos do subgrupo Serviços de Saúde, evitando-se a retroalimentação do índice.