



PROCESSO Nº: 33910.012414/2017-24
NOTA TÉCNICA Nº 27/2018/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO

Interessado:

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

ASSUNTO: Descrição de proposta de metodologia de cálculo dos reajuste dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar regulamentados pela Lei 9.656/98

Senhores Gerentes,

A presente nota técnica tem como objetivo descrever a alternativa metodológica de cálculo de reajuste dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar regulamentados pela Lei 9.656/98 denominada *Value Cap ponderado entre despesas assistenciais e não assistenciais*. A referida alternativa foi apresentada no Relatório de Análise de Impacto Regulatório Complementar sobre o tema e é resultado das discussões da equipe da Gerência Econômico-Financeira e Atuarial dos Produtos após a realização da Audiência Pública nº 10/2018.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

No Relatório de Análise de Impacto Regulatório de março/2018, no item "Análise de Alternativas" foi realizada uma Avaliação Técnica Multicritérios das alternativas apresentadas para a solução do problema regulatório (*redução de fragilidades no cálculo do índice de reajuste dos planos individuais*). Essa avaliação concluiu que o modelo *Value Cap* apresentaria a maior capacidade de mitigar as fragilidades observadas na metodologia atual.

Contudo, após avaliar as contribuições da sociedade sobre a necessidade de um modelo de reajuste mais transparente, a equipe técnica da ANS discutiu aperfeiçoamentos no modelo *Value Cap*. A conclusão foi que ponderar despesas assistenciais e não assistenciais na fórmula do reajuste, traria mais transparência e refletiria melhor os custos operacionais das Operadoras. A nova alternativa é denominada *Value Cap ponderado entre despesas assistenciais e não assistenciais*;

2. O MODELO VALUE CAP PONDERADO

O aperfeiçoamento do *Value Cap* consiste em definir o índice de reajuste a partir da combinação da variação das despesas assistenciais e não assistenciais das Operadoras (*a primeira proposta era calculada exclusivamente nas despesas assistenciais*). Ademais, o modelo mantém um Fator de Eficiência que objetiva a criação de estímulos para a redução dos custos setoriais e compartilhamento de ganhos de eficiência com os beneficiários.

O modelo pode ser simplificado expresso pela fórmula:

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

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

O Índice de Valor das Despesas Assistenciais - IVDA é um índice composto pela Variação das Despesas Assistenciais (1 +VDA) *dividido* pelo índice de Variação da Receita por Reajuste Faixa Etária (1+VFE) *menos* um Fator de Estímulos à Ganhos de Eficiência (FGE). Desse modo, a fórmula completa da metodologia, conforme variáveis descritas anteriormente, é:

$$\text{IRPI} = 80\% * \left[\left(\frac{1+VDA}{1+VFE} - 1 \right) - \text{FGE} \right] + 20\% * [\text{IPCA Exp}]$$

Onde:

IRPI = Índice de Reajuste dos Planos Individuais

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

VFE = Variação da Receita por Reajuste 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

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

3. VARIÁVEIS DO MODELO

3.1. DESPESAS ASSISTENCIAIS

Os custos operacionais das operadoras podem ser divididos em assistenciais e não assistenciais.

A sinistralidade, também conhecida com índice de despesas assistenciais ou índice de despesas médicas, é um índice que mostra a relação entre despesas assistenciais e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas) das Operadoras.

De acordo com dados do Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar de 2017, em média, oitenta por cento das despesas das operadoras médico-hospitalares são de natureza assistencial, conforme demonstrado na Tabela abaixo:

SINISTRALIDADE SEM EFEITO DAS PROVISÕES TÉCNICAS - MÉDICO HOSPITALAR

Dados Não Ponderados

Modalidade	4 ^o tri17	Var(3 ^o tri17)		Var (4 ^o tri16)	
Autogestão	0,89	-0,6%	↘	-1,9%	↘
Cooperativa Médica	0,80	0,4%	↗	-1,0%	↘
Filantropia	0,76	-1,1%	↘	0,5%	↗
Medicina de Grupo	0,76	-0,8%	↘	-1,5%	↘
Seguradora Especializada em Saúde	0,89	-0,7%	↘	1,9%	↗
MH	0,80	0,2%	↗	-0,9%	↘

Fonte: Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar

Estudos realizados pela equipe da GEFAP/DIPRO demonstram que a sinistralidade média do mercado de planos individuais novos tem oscilado em torno de 78% e a sinistralidade dos planos individuais anteriores à Lei 9.656/98, em torno de 81%.

Ademais, no contexto da reforma do sistema de saúde nos EUA, a sinistralidade é apresentada na perspectiva do consumidor de planos de saúde, que depreende “valor” como o quanto se obtém de retorno em termos de serviços médicos consumidos para um determinado preço do seu prêmio.

A definição do termo contida no glossário do governo americano é útil como ilustração[1]:

Medical Loss Ratio (MLR)

A basic financial measurement used in the Affordable Care Act to encourage health plans to provide value to enrollees. If an insurer uses 80 cents out of every premium dollar to pay its customers' medical claims and activities that improve the quality of care, the company has a medical loss ratio of 80%. A medical loss ratio of 80% indicates that the insurer is using the remaining 20 cents of each premium dollar to pay overhead expenses, such as marketing, profits, salaries, administrative costs, and agent commissions. The Affordable Care Act sets minimum medical loss ratios for different markets, as do some state laws. [grifos dados neste documento]

Dessa maneira, a lei americana estabelece patamares mínimos para o assim chamado medical loss ratio, conforme o tipo de contratação do produto (80% em planos individuais e 85% em planos coletivos). Ultrapassados estes limites mínimos, a regulação daquele país exige das operadoras que revertam aquilo que teria sido pago em excesso pelo beneficiário em reembolso de sua mensalidade.

Vejamos como isto é descrito na página do órgão regulador federal americano[2]:

Medical Loss Ratio

The Affordable Care Act requires health insurance issuers to submit data on the proportion of premium revenues spent on clinical services and quality improvement, also known as the Medical Loss Ratio (MLR). It also requires them to issue rebates to enrollees if this percentage does not meet minimum standards. The Affordable Care Act requires insurance companies to spend at least 80% or 85% of premium dollars on medical care, with the rate review provisions imposing tighter limits on health insurance rate increases. If an issuer fails to meet the applicable MLR standard in any given year, as of 2012, the issuer is required to provide a rebate to its customers. [grifos dados neste documento]

Com vistas, então, ao estabelecimento de um patamar que sirva de referência estável para ponderar a variação das despesas assistenciais e que se aproxime da realidade média do mercado de planos individuais, propõe-se a ponderação das despesas assistenciais pelo percentual de oitenta por cento (80%).

3.1.1. O CÁLCULO DA VARIAÇÃO DAS DESPESAS ASSISTENCIAIS (VDA)

A Nota Técnica nº 2/2018/COMEP/GEFAP (33910.012578/2018-32) descreve a metodologia de apuração da Variação das Despesas Assistenciais.

O cálculo consiste em calcular a Variação da Despesa Assistencial per capita de cada operadora e multiplicar o resultado pela proporção de beneficiários (Média Ponderada por Beneficiários), conforme formulação abaixo:

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

Onde:

[[DA]]_ita = Despesa Assistencial da Operadora i no trimestre t do ano a

[[Ben]]_ita= Nº médio de Beneficiários em planos posteriores à Lei 9.656/98 da Operadora i no trimestre t do ano a

[[Ben]]_(total ta)= Nº médio de Beneficiários de planos individuais posteriores à Lei 9.656/98 no trimestre t do ano a

Vale ressaltar que os estudos iniciais da GEFAP indicavam outra medida de tendência central para o cálculo da VDA: a Média Agregada.

A VDA calculada com base na Média Agregada é obtida a partir da variação da despesa assistencial per capita do conjunto de operadoras. Cabe ressaltar que um dado assim calculado embute em si a ponderação das despesas e do número de beneficiários de cada operadora. Contudo, ao considerar o mercado de uma forma conjunta, o resultado final é a variação das despesas assistenciais de uma “operadora média do mercado”.

Não obstante a validade dessa medida para representar a variação das despesas assistenciais do “mercado”, avaliou-se a possibilidade da utilização da Média Ponderada por Beneficiários.

A Média Ponderada por Beneficiários calcula, primeiramente, a variação de despesa ocorrida em cada operadora, dando o peso relativo para cada uma delas com base no número de beneficiários. Dessa forma, o cálculo é mais influenciado pelas operadoras com maior número de beneficiários e que, a princípio, teriam carteiras com melhor diluição de risco.

Estudo realizado por pesquisadoras da CEDEPLAR/UFMG sobre a aplicabilidade da metodologia *Price Cap* na Saúde Suplementar também aponta a utilização da Média Ponderada por Beneficiários como a estatística mais adequada, na comparação com outras medidas de tendência central:

“Vale mencionar que a média ponderada do VDMH pode ser considerada uma estatística mais adequada, pois permite corrigir de forma indireta para problemas na escala”

Fonte: TC 42 ANS OPAS /BR/CNT/1401056.003 -maio 2015.

A utilização da VDA calculada a partir da Média Ponderada por Beneficiários traz como vantagens:

- Ser uma medida mais representativa do conjunto de beneficiários (medida de “beneficiário médio do mercado”);
- Mitigar problemas relacionados à escala das operadoras na mensuração da VDA; e
- Ponderar a VDA por diferentes perfis de carteiras entre as operadoras.

3.1.2. O FATOR DE VARIAÇÃO DA RECEITA POR REAJUSTE FAIXA ETÁRIA (VFE)

O cálculo da variação das despesas assistenciais - VDA incorpora a variação de preços dos insumos, as mudanças tecnológicas e a variação de utilização decorrente da mudança no perfil de risco da carteira. A mudança do perfil etário é um dos fatores que impacta a variação das despesas assistenciais.

Na precificação dos planos de saúde existe o reajuste que visa adequar o preço ao aumento do perfil de utilização em função da idade: são os reajustes por mudança de faixa etária.

Dessa forma, o simples cálculo da variação das despesas assistenciais pode sobrestimar o fator de necessidade de reajuste, visto que parte das receitas são recuperadas com o reajuste de prêmio devido à mudança de faixa etária da população que permanece na carteira entre os anos utilizados no cálculo do fator VFE.

Como as mudanças do pool de idade já estão pelo menos parcialmente sendo incorporadas pelo reajuste etário, é necessária a consideração desse ganho de receita já recomposto pelas operadoras no cálculo da VDA.

Vale ressaltar que o reconhecimento na metodologia do efeito dos reajustes por mudança de faixa etária é considerada e fundamentada economicamente pelos pesquisadores da CEDEPLAR/UFMG no "Documento técnico contendo a avaliação da metodologia e dos resultados do "Price Cap" [3].

Por essas razões, o Fator de Variação da Receita por Reajuste Faixa Etária (VFE) é incorporado como um dedutor da VDA, sendo o cálculo realizado pela divisão do Índice de Variação das Despesas Assistenciais (1 +VDA) pelo Índice de Variação da Receita por Reajuste Faixa Etária (1+VFE).

A metodologia inicialmente proposta para o cálculo do VFE era fundamentada no trabalho de Matos,Ipiranga (2010) "Estimate of impacts due to the change of age in individual health insurance", apresentado no Erasmus Charter for Higher Education 2010. Ela foi apreciada pela Sociedade na 8ª Reunião do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos e compôs a primeira minuta de resolução normativa da nova metodologia de reajuste [4]. A metodologia consiste em apurar o número de beneficiários distribuídos por faixas etárias e aqueles que estão prestes a mudar a faixa etária na carteira de planos individuais regulamentados, denominados beneficiários fronteirços, e assim, apurar o incremento da receita dos beneficiários que mudariam de faixa etária.

Apesar da robustez dos seus resultados quando comparados com os estudos desenvolvidos pelos pesquisadores que avaliaram a aplicação da metodologia Price-Cap na Saúde Suplementar, o fato de ser um modelo de projeção (estimando os ganhos de receita por reajuste faixa etária nos 12 meses a decorrer) e o fato do modelo não capturar o efeito de entradas e saídas de beneficiários ao longo do período em que os reajustes por mudança de faixa etária ocorrem, suscitaram a adoção de um método retrospectivo, com a utilização da média de beneficiários dos dois períodos considerados na apuração do VFE. Considerando que o cálculo da VDA já é realizado de modo retrospectivo, entendeu-se pertinente a mudança de metodologia do VFE, apurando-se anualmente o efeito de entradas e saídas de beneficiários, sendo considerado um método que tem ainda como vantagem a simplicidade de entendimento e de reprodução do cálculo.

3.1.2.1. Metodologia de cálculo do VFE

A nova metodologia consiste em:

- Apurar o número médio de beneficiários em planos individuais posteriores à Lei 9.656/98, distribuídos por faixa etária (RN 63/03), em dois períodos (período "1" e período "2"), de acordo com o SIB;
- Apurar o fator médio de reajuste em cada faixa etária obtido a partir do Painel de Precificação de publicação mais recente e os preços estimados a partir de base 100;
- Multiplicar o número de beneficiários do período "1" pelo fator médio de reajuste em cada faixa etária;
- Multiplicar o número de beneficiários do período "2" pelo fator médio de reajuste em cada faixa etária;
- Calcular a receita per capita de cada período, dividindo o total da receita de cada período pelo número total de beneficiários; e
- Calcular a razão entre as receitas médias por beneficiário do período "2" e do período "1".

Ilustração da metodologia de cálculo do VFE - Método Retrospectivo

A- Faixas Etárias	B - Média de Beneficiários da Carteira no "Período 1"	C -Média de Beneficiários da Carteira no "Período 2"	D - Fator de Correção Médio na mudança de faixa etária_ Painel Precificação	E =Preços calculados na base 100	F = (b x e) -Receita Total no Momento 1	G =(c x e)-Receita Total no Momento 2	H = (f / b) -Receita Média Total no "Período 1"	I = (g / c) Receita Média Total no "Período 2"
0 a 18	2.621.570	2.560.633	-	R\$ 100,00	R\$ 262.157.000,00	R\$ 256.063.300,00		
19 a 23	450.446	437.732	20,20%	R\$ 120,20	R\$ 54.143.549,10	R\$ 52.615.416,45		
24 a 28	542.617	503.495	15,40%	R\$ 138,71	R\$ 75.266.768,81	R\$ 69.840.228,92		
29 a 33	594.852	559.830	13,00%	R\$ 156,74	R\$ 93.238.969,20	R\$ 87.749.547,90		
34 a 38	600.496	579.958	11,40%	R\$ 174,61	R\$ 104.853.721,42	R\$ 101.267.628,92		
39 a 43	492.732	483.984	15,50%	R\$ 201,68	R\$ 99.372.501,48	R\$ 97.608.333,86		
44 a 48	432.073	415.246	24,80%	R\$ 251,69	R\$ 108.749.648,02	R\$ 104.514.416,32		
49 a 53	435.347	412.339	26,10%	R\$ 317,38	R\$ 138.172.184,62	R\$ 130.869.963,20		
54 a 58	422.989	414.490	27,80%	R\$ 405,62	R\$ 171.571.636,73	R\$ 168.124.295,69		
Mais de 59	1.685.750	1.745.989	41,10%	R\$ 572,33	R\$ 964.798.176,72	R\$ 999.274.948,61		
	8.278.869	8.113.697			R\$ 2.072.324.156,11	R\$ 2.067.928.079,87		

Cabe destacar que essa construção metodológica se aproxima conceitualmente de um Índice de Quantidades de Paasche [5]. Este índice pondera quantidades (beneficiários) em duas épocas, inicial (período 1) e atual (período 2), tomando como pesos os preços do período mais atual (fator de correção médio do Painel de Precificação).

3.1.3. O FATOR DE ESTÍMULO A GANHOS DE EFICIÊNCIA (FGE)

O fator de produtividade é baseado no modelo Price-Cap desenvolvido por Laffont e Tirole (1986). Os autores propõem um modelo de regulação que incorpora incentivos à firma a produzir de forma mais eficiente em contraposição ao modelo da taxa de retorno. Na regulação pela taxa de retorno o reajuste de preços é determinado de modo que a firma tenha todos os seus custos recompostos, incluindo os custos operacionais e de capital. Esse modelo não gera incentivos para a firma ampliar a produtividade ou reduzir custos. Por isso, o Price-Cap contempla um fator que mensura a diferença de produtividade da firma regulada e a média no setor.

A ideia central é que, dada as metas de produtividade fixadas para o período, qualquer redução real de custos será apropriada pela firma regulada. Esta formulação resultaria, portanto, em incentivos às Operadoras para redução de custos e busca por técnicas mais eficientes entre os períodos de reajuste.

Na Saúde Suplementar, a introdução de um índice de eficiência torna-se ainda mais importante pelos seguintes fatores:

- Na ausência de um índice de eficiência, o cálculo do fator de reajuste ficaria restrito ao índice de recomposição de receita e as Operadoras do setor não teriam nenhum incentivo a reduzir ou controlar custos. Além disso, os ganhos de eficiência seriam apropriados somente pelas Operadoras, não tendo nenhum impacto para os consumidores.
- A presença de uma política de financiamento endógena, pelo mecanismo do seguro ou plano de assistência à saúde, garante aos prestadores de serviços de saúde o financiamento para "os novos serviços incorporados", podendo resultar em incentivos à incorporação tecnológica e a consequente ampliação dos custos do setor.
- A estrutura de mercado das operadoras de plano de saúde individuais no Brasil é majoritariamente concentrada. Estudo realizado por Andrade et al (2012)[6] caracterizou 96 mercados relevantes de planos de saúde no Brasil, dentre os quais 82% apresentaram estruturas concentradas para o caso de planos individuais. A inclusão do componente de produtividade ao fator de reajuste do setor é uma forma de introduzir uma concorrência indireta entre as Operadoras, que passam a concorrer por maior produtividade. As Operadoras com índices inferiores à média do setor terão que compensar os consumidores por não terem sido eficientes, não tendo, portanto, toda a sua variação de custo recomposta pelo fator de reajuste.

Por último, o Ministério da Fazenda por meio da Nota Técnica SEI nº 10/2018/COGIS/SUPROC/SEPRAC-MF recomenda à ANS que:

"...envide esforços para a) o desenvolvimento de uma metodologia de reajuste metodologicamente mais razoável e b) busque estratégias regulatórias que incentivem os agentes do mercado a reduzir os custos de produção de saúde mantendo-se dentro dos níveis aceitáveis de qualidade."

Logo, em consonância com a literatura do modelo Price-Cap, com as especificidades do mercado de Saúde Suplementar, levando-se em consideração ainda as recomendações do Ministério da Fazenda destacadas acima, propõe-se a introdução de um fator de eficiência na metodologia de reajuste dos planos individuais posteriores à Lei 9.656/98.

Araujo (2001) informa que a definição de padrões desejados de produtividade exige conhecimentos aprofundados sobre a indústria regulada, sendo necessário acompanhar de perto o desempenho da firma. Neste caso, há custos elevados na coleta e monitoramento de informações, além da possibilidade de assimetria de informação. Em linha com esses apontamentos,

a primeira proposta apresentada à sociedade foi baseada em um Fator de Produtividade da Economia, calculado a partir da variação em 4 anos do índice do PIB pela população ocupada [7]. Contudo, houve críticas relacionadas a não apresentação de outras alternativas de cálculo e a utilização de um fator de produtividade não específico da Saúde Suplementar.

No avanço das discussões, foi avaliada a possibilidade do cálculo de um Fator de Produtividade da Saúde Privada. Novamente, foram identificadas limitações. A publicação do IBGE *Contas Satélite da Saúde* [8] contém informações sobre produção de bens e serviços relacionados à saúde, bem como informações sobre trabalho e renda nas atividades que geram esses produtos.

No conjunto de atividades da publicação está a Saúde Privada, que engloba os planos e seguros de saúde, os serviços sociais privados, os serviços hospitalares, ambulatoriais e de apoio diagnóstico privados. Contudo, no que concerne à produção dos planos e seguros de saúde, o valor dessa atividade é igual ao que os planos e seguros recebem em mensalidades de seus beneficiários mais o rendimento das aplicações de suas reservas técnicas menos o que pagam para cobrir as despesas assistenciais, conforme destacado abaixo:

"Saúde privada

*O SCN considera como produção dos planos e seguros de saúde apenas a prestação de serviços de administração, ou seja, não considera que os planos produzam atendimento médico, uma vez que apenas fazem a intermediação dessa prestação de serviço como gestores ou contratantes. **Por isso, o valor da produção dessa atividade é igual ao que os planos e seguros recebem em mensalidades de seus beneficiários mais o rendimento das aplicações de suas reservas técnicas menos o que pagam para cobrir as despesas assistenciais.***

A prestação de serviços hospitalares privados inclui os serviços de hospitalização prestados a pacientes internos, realizados em hospitais gerais e especializados, sanatórios, centros de medicina preventiva e em outras instituições de saúde com internação."

Fonte: Conta-Satélite de Saúde Brasil 2010-2015

Dessa forma, o Fator de Produtividade da Saúde Privada estaria influenciado pelo valor da produção, especialmente pela quantidade de pessoas ocupadas em atividades de prestação de serviços, diferindo do conceito de produtividade a ser mensurado na metodologia de reajuste de planos de saúde (gestão eficiente na produção de assistência à saúde dos beneficiários).

Realizadas essas considerações, a alternativa definida para estabelecimento de uma meta de eficiência foi baseada no comportamento da Variação das Despesas Assistenciais - VDA das próprias operadoras.

3.1.3.1. Fator de Eficiência baseado na Variação das Despesas Assistenciais das Operadoras

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

Uma medida de eficiência também reflete a diferença/comparação entre o desempenho observado e o desempenho de um parâmetro.

Um dos objetivos das Operadoras é o gerenciamento dos seus custos assistenciais. A Variação das Despesas Assistenciais - VDA é o índice que mede a variação da produção de assistência à saúde de uma Operadoras e também a sua capacidade de gerenciamento de custos comparada às demais.

Em um mercado com a presença de Operadoras com diferentes graus de gerenciamento de despesas assistenciais, o cálculo de uma VDA Média gera incentivo para que as empresas situadas num patamar acima da VDA Média aumentem sua eficiência relativa. Por outro lado, as empresas mais eficientes incorporariam integralmente os ganhos decorrentes da diferença entre a VDA Média e a VDA da própria Operadora e não haveria compartilhamento de ganhos de eficiência com os beneficiários.

Ademais, o cálculo da VDA Média pode capturar comportamentos ineficientes, aumentando os ganhos das empresas que estão abaixo da VDA Média e criando desincentivos para que estas aumentem sua eficiência relativa.

Amaral (2015), no trabalho que revisa e avalia a literatura internacional sobre modelos de incentivo nos reajustes do seguro saúde/setor de saúde com ênfase no *Price Cap* afirma:

"Ainda em comparação às outras formas de regulação, o price cap é implementado a partir de uma projeção de custo eficiente. Neste caso, o price cap se assemelha às modalidades yardstick e benchmark uma vez que o custo eficiente projetado é estimado a partir de análises comparativas com as outras firmas do setor, e por vezes lançando mão de valores quantitativos específicos de determinadas firmas consideradas eficientes." (grifo nosso)

Por isso, na aplicação desenvolvida pela GEFAP/DIPRO, foi considerado como parâmetro de desempenho o valor do 3º quartil da VDA Média.

Nesse sentido, o Fator de Estímulo a Ganhos de Eficiência - FGE foi calculado medindo-se, anualmente, a distância das Operadoras que apresentaram valores da VDA acima do 3º Quartil. Esses dados representam os 25% dos valores mais altos da VDA e mensuram a parcela de ganhos de eficiência que pode ser alcançada pelo setor e compartilhada com os beneficiários.

Vale ressaltar que a despeito do fator contribuir negativamente para o cômputo do índice de reajuste, do ponto de vista da Operadora, este gera incentivos para o aumento de sua eficiência relativa. Como explicado anteriormente, as Operadoras mais eficientes têm um ganho, uma vez que o repasse da eficiência para os consumidores é calculado através da média do setor.

3.1.3.1.1. Fórmula de Cálculo do FGE

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) em 2014, 2015, 2016 e 2017, ponderada pelo número de beneficiários dessas operadoras:

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

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

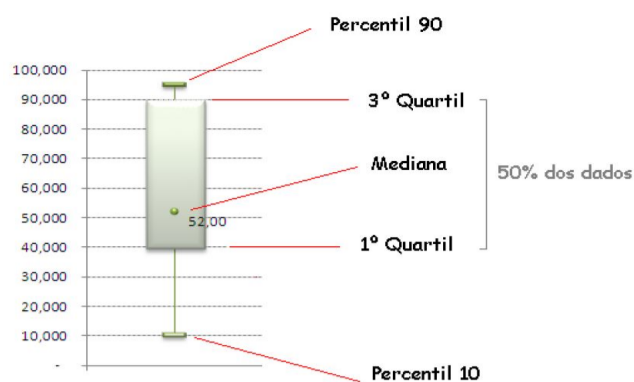
2) Em seguida, calcula-se a média geométrica dos quatro períodos. O cálculo da média objetiva tornar o fator mais estável, com previsão de revisão a cada quatro anos.

3.1.3.1.2. A adoção do 3º Quartil como parâmetro

A definição do 3º quartil da VDA como parâmetro de eficiência é baseada na adoção da ferramenta gráfica denominada *Box Plot*.

De acordo com o Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar, *Box Plot* é um gráfico que avalia a distribuição de um conjunto de dados através do resumo de cinco números, formado pelos seguintes valores: primeiro quartil, mediana (segundo quartil), terceiro quartil, mínimo e máximo. No *box plot*, pode-se identificar facilmente diversas informações, como a posição do valor da mediana e os 50% dos dados centrais, que estão entre o primeiro e o terceiro quartis.

Ilustração do Gráfico *Box Plot*



Fonte: Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar

Farias (2008) descreve o *box plot* como um gráfico formado por uma caixa construída paralelamente ao eixo da escala dos dados. Essa caixa vai desde o primeiro quartil até o terceiro quartil e nela traça-se uma linha na posição da mediana. Essa caixa, que descreve os 50% centrais da distribuição, é comum a todas as variantes do *box plot*. Dada a escala de mensuração dos dados, os quartis são valores nessa escala que dividem o conjunto de dados em quatro partes, todas elas com o mesmo número de observações.

Considerando que o *box plot* identifica como dados centrais aqueles situados entre o 1º e 3º quartis, o Q3 foi definido como parâmetro de compartilhamento de ganhos de eficiência do setor. Os dados acima do Q3 representam 25% dos valores mais altos da VDA e mensuram a parcela de ganhos de eficiência que pode ser alcançada pelo setor e compartilhada com os beneficiários.

3.2. DESPESAS NÃO ASSISTENCIAIS

Considerando que as despesas assistenciais tem representatividade de 80% no modelo, cabe as despesas não assistenciais a ponderação de 20%.

As principais despesas não assistenciais do setor, de acordo com dados do Prisma Econômico-Financeiro referem-se as Despesas Administrativas e Despesas Comerciais.

Principais despesas não assistenciais

Grupo de Contas	Descrição das principais despesas não assistenciais
46 - Despesas Administrativas	Despesas com pessoal Próprio, Despesas com Serviços de Terceiros, Encargos Sociais; Despesas com Manutenção
43 - Despesas de Comercialização	Despesas com comissões de vendas, remuneração de pessoal e encargos

Fonte: Elaboração própria, a partir do Plano de Contas Padrão.

Entende-se que a natureza das principais despesas não assistenciais possibilita a correção da sua variação por um Índice de Preços ao Consumidor.

3.2.1. A definição do Índice de Preços ao Consumidor

Dentre as principais alternativas de índice de preços ao consumidor de abrangência nacional, estão o Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA/IBGE e o Índice Preços ao Consumidor da Fundação Getúlio Vargas - IPC-BR.

Sugere-se a utilização do IPCA/IBGE, por esse ser o índice utilizado pelo Banco Central Brasil para o acompanhamento dos objetivos estabelecidos no sistema de metas de inflação para o balizamento da política monetária e adicionalmente, pelas seguintes razões:

- Sua metodologia é robusta e bem documentada e a variação de preços de todos os seus itens e subitens é disponível gratuitamente na página do IBGE.
- As estimativas futuras sobre a inflação do Banco Central divulgadas através do Boletim Focus oferecem previsibilidade sobre o comportamento deste componente do modelo.
- A ANS já adota IPCA em outros normativos (reajuste dos prestadores e reajuste de planos odontológicos)
- Outras agências também utilizam o IPCA para reajustarem preços em seus mercados. Este é o caso, por exemplo, da ANATEL, com o Índice de Serviços de Telecomunicações (IST), bem como da ANVISA que, através da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, controla o reajuste anual dos medicamentos baseando-se na variação do IPCA.

3.2.2. A necessidade de expurgar o subgrupo Serviços de Saúde do IPCA

O IPCA/IBGE 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 IPCA será utilizado no cálculo do reajuste dos planos de saúde, considera-se adequado expurgar do IPCA os efeitos do subgrupo Serviços de Saúde, evitando-se a retroalimentação do índice por componentes relacionados ao próprio setor regulado, conforme verifica-se na tabela a seguir:

Componentes do subgrupo Serviços de Saúde do IPCA/IBGE

62 - Serviços de saúde	6201 - Serviços médicos e dentários	
	6201002. Médico	
	6201003. Dentista	
	6201005. Aparelho ortodôntico	
	6201006. Artigos ortopédicos	
	6201007. Fisioterapeuta	
	6201010. Psicólogo	
	6202 - Serviços laboratoriais e hospitalares	
	6202003. Exame de laboratório	
	6202004. Hospitalização e cirurgia	
6202006. Exame de imagem		
6203 - Plano de saúde		
6203001. Plano de saúde		

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do IBGE

O expurgo é realizado recalculando-se o peso dos itens do IPCA após a exclusão do subgrupo 62, podendo ser reproduzido a partir de informações disponíveis na base de dados do IBGE (<https://sidra.ibge.gov.br/>).

4. CONCLUSÃO

O modelo proposto se prevalece da experiência do quadro técnico da ANS que há mais de uma década acompanha esta questão em seus aspectos teóricos e práticos. É a partir do conhecimento adquirido ao longo deste tempo que alternativas puderam ser elaboradas para superarem as limitações do modelo corrente, dando forma a proposta apresentada.

A metodologia *Value Cap* é fundamentada economicamente sendo implementável através das informações disponíveis pela ANS e pela sociedade.

O aperfeiçoamento trazido pelo modelo *Value Cap Ponderado* contempla mecanismos que preservam as condições de equilíbrio econômico-financeiro da carteira de planos individuais, acompanhando mais proximamente as variações de custo desta carteira e refletindo com maior precisão os custos operacionais totais das Operadoras, trazendo mais transparência ao modelo.

5. REFERÊNCIAS

ANS. Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos. Apresentação ANS - Proposta de Grupo Técnico Preços e Reajustes. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2018/Proposta-de-Grupo-Tcnico-Preos-e-Reajustes---2-reunio---06-02-18.pdf> . Acesso em 17/10/2017

____ Prisma Econômico- Financeiro da Saúde Suplementar 2017.

Araújo, J. L. R. Modelos de formação de preços na regulação de monopólios. *Econômica*, 3(1), 35-66. 2001

Farias, A.M.I. O Box Plot , Departamento de Estatística. Niterói: UFF 2008. Disponível em: <<http://objetoseducacionais2.mec.gov.br/bitstream/handle/mec/16496/boxplot.pdf>> Acesso em 17/10/2018

Hertog, J. A. Review of economic theories of regulation. Tjalling C. Koopmans Institute Discussion Paper Series, 10(18), 1-59, 2010

Matos, Ipiranga "Estimate of impacts due to the change of age in individual health insurance"

[1] Documento disponível em <https://www.healthcare.gov/glossary/medical-loss-ratio-mlr/>

[2] Documento disponível em <https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Health-Insurance-Market-Reforms/Medical-Loss-Ratio.html>

[3] Documento disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2018/reuniao_8_avaliacao_da_metodologia_e_dos_resultados_do_price_cap.pdf

[4] Documento disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap10/ap10_rn_minuta_reajustes_individuais.pdf

[5] Vide documento disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/sinapi/indice.shtm>

[6] Documento disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_estruturadeconcorrencianosetordeoperadorasdeplanosdesaudenobrasil.pdf

[7] Documento disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap10/ap10_rn_minuta_reajustes_individuais.pdf

[8] Documento disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101437.pdf>



Documento assinado eletronicamente por **Bruno Santoro Morestrello, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 18/10/2018, às 19:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **DANIELE RODRIGUES CAMPOS, Gerente-Geral de Regulação da Estrutura dos Produtos (substituto)**, em 18/10/2018, às 19:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Bruno Cortat de Carvalho, Coordenador(a) de Acompanhamento do Financiamento dos Produtos**, em 18/10/2018, às 19:37, 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 **8683195** e o código CRC **DA25D72E**.