

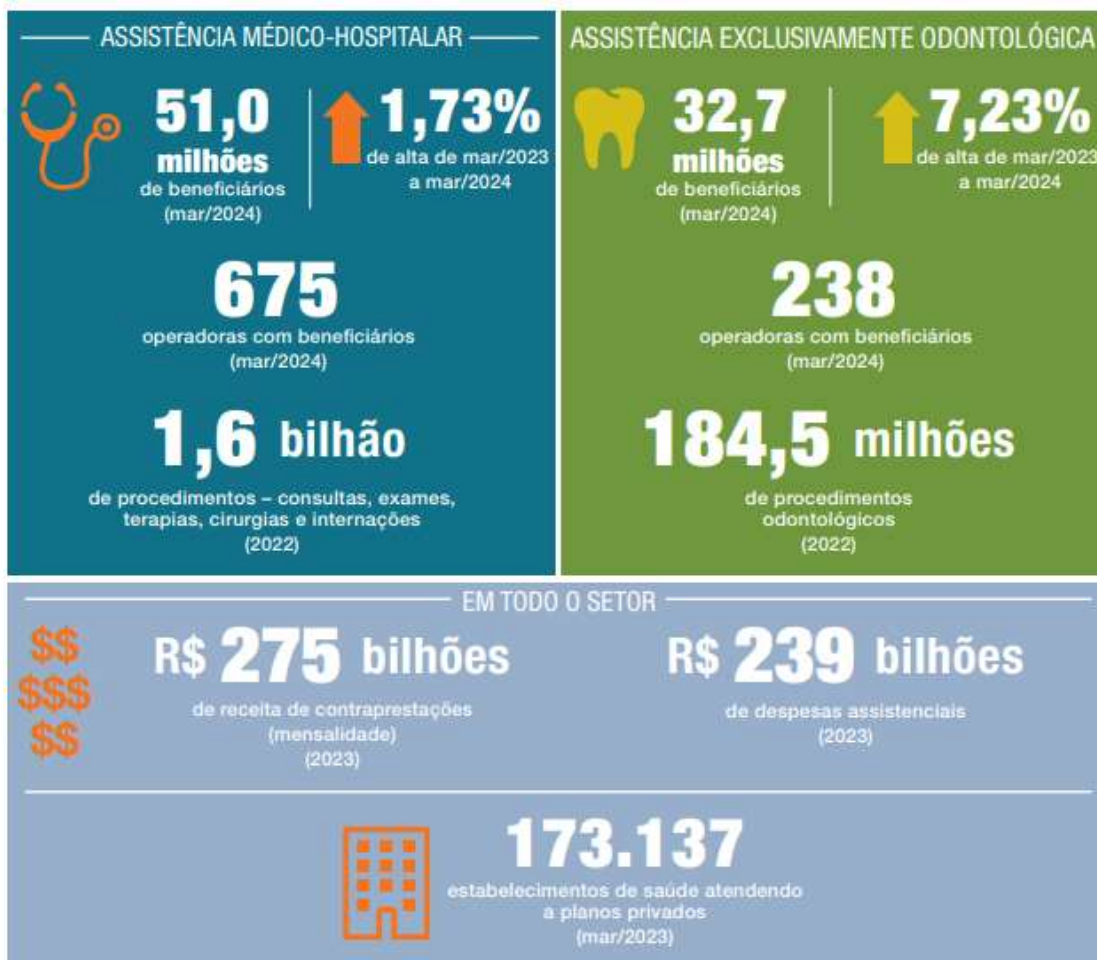
# FEIRA HOSPITALAR 2024

## REAJUSTES DOS PLANOS DE SAÚDE SUSTENTABILIDADE

São Paulo  
Maio / 2024

# PANORAMA - SAÚDE SUPLEMENTAR em números

1 GRANDES NÚMEROS DO SETOR



Fonte: ANS/MS (diversos sistemas)



Fonte: Boletim Panorama - Saúde Suplementar – Edição Mai/24 – Dados T4/23

# MERCADO REGULADO



MARCO  
REGULATÓRIO

PLANOS PRÉ-LEI

PLANOS PÓS LEI

+



MODALIDADES DE  
OPERADORAS

SEGURADORAS  
COOPER. MÉDICAS/ODONT.  
MED./ODONTOL. DE GRUPO  
FILANTROPIAS

+



TIPOS DE  
CONTRATAÇÃO

PLANOS  
INDIVIDUAIS/FAMILIARES  
COLETIVOS POR ADESÃO  
COLETIVOS EMPRESARIAIS

=



REGRAS  
ESPECÍFICAS

# MERCADO REGULADO



5,0 %

BENEF. EM PLANOS NÃO REGULAMENTADOS

95,0%

BENEF. EM PLANOS REGULAMENTADOS



675

TIPOS DE OPERADORAS

médico-hospitalares com beneficiários



13.500

planos de assistência médica com Beneficiários em comercialização



18%

individuais/familiares

12%

coletivos por adesão

70%

coletivos empresariais



51,0

milhões de Beneficiários em planos M-H e

32,7

Odontológicos

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiário - SIB/ANS, mar/24

Nota: Vínculos ativos em planos médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica.

## Como procede a ANS

---

- Generalidade de regras regulatórias de coberturas para os diferentes tipos de operadoras e planos – Rol de Coberturas e Prazos de Atendimento
- Regras específicas de preço, reajuste e rescisão contratual para as contratações individual e coletiva, reconhecendo a vulnerabilidade do contratante Pessoa Física
- Regras Prudenciais – provisões técnicas e ativos garantidores

## Como procede a ANS

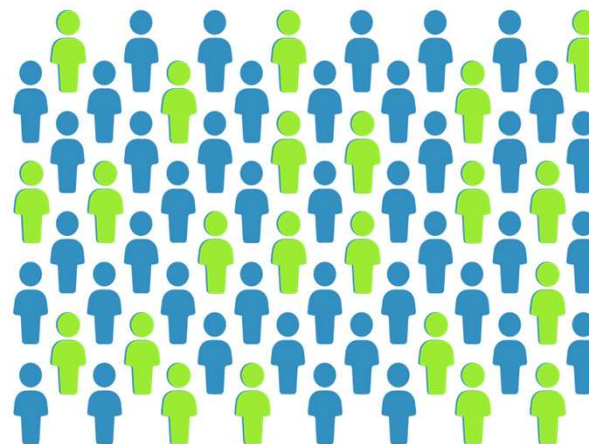
---

- Regras de portabilidade de carências garantindo a mobilidade do beneficiário no sistema de saúde suplementar
- Transparência das informações de preço e reajuste informadas pelas Operadoras

# DESAFIOS REGULATÓRIOS – preservar os princípios do setor

## PRINCÍPIOS DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

VÁRIAS PESSOAS CONTRIBUEM (\$) PARA QUE ALGUMAS UTILIZEM OS SERVIÇOS



CONTRIBUIÇÃO

UTILIZAÇÃO

- ❑ **Mutualismo** é a associação entre membros de um grupo no qual suas contribuições são utilizadas para propor e garantir benefícios aos seus participantes, portanto está relacionado à união de esforços de muitos em favor aleatório de alguns elementos do grupo. (Resolução IBA nº 02/2014)

- ❑ **Pacto Intergeracional** – Na saúde suplementar, quanto maior a idade, maior o risco e consequentemente maiores despesas assistenciais. Os mais jovens ajudam a financiar o custo dos mais idosos.





# DE FORMA SIMPLIFICADA



sinistro, numa situação onde ele estivesse sozinho, teria que desembolsar todo o valor da reparação, sem poder contar com ajuda de ninguém.



Os mais jovens ajudam a financiar os mais idosos

Os sãos ajudam a financiar os doentes





# PRECIFICAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE



Valor dos procedimentos  
+  
Ressarcimento ao SUS  
+  
**Frequência dos procedimentos**  
+  
**Decisões judiciais (cobertura, reajuste)**  
+  
Custos regulatórios  
+  
Novos procedimentos  
+  
Perfil Etário (envelhecimento)  
+  
Despesas administrativas/comerciais: Salários, Tributos, Consultorias, Luz, locação, Call center, Comissões, etc.

## CORRETA FORMAÇÃO DE PREÇO

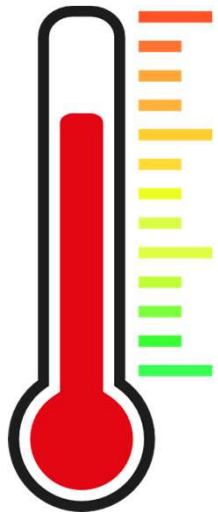
A sustentabilidade econômico-financeira de longo prazo do mercado de planos de saúde depende da adequada relação entre os riscos assumidos e os prêmios cobrados.

Desta forma, é necessário que, conforme o beneficiário envelheça, o valor de sua mensalidade seja reajustado para refletir o perfil de risco apresentado pela sua nova faixa etária.

*Não confundir com o reajuste financeiro anual!*

## REAJUSTES DOS PLANOS DE SAÚDE

- Os **REAJUSTES** são instrumentos contratuais que visam **ATUALIZAÇÃO** da mensalidade frente à **VARIAÇÃO DOS CUSTOS** dos insumos, de forma a **PRESERVAR A CONTINUIDADE DO SERVIÇO** em proporcionalidade às condições iniciais de contratação.
- Portanto, os reajustes devem necessariamente estar atrelados à dinâmica dos custos observada no próprio setor.



# Reajuste e Preço - O que se busca?

## PREÇOS ADEQUADOS e REAJUSTES JUSTOS

- Busca e manutenção do equilíbrio econômico entre as partes
- Estabilidade das regras regulatórias
- Preservação da relação contratual

## TIPOS DE REAJUSTE | Variação por Faixa Etária

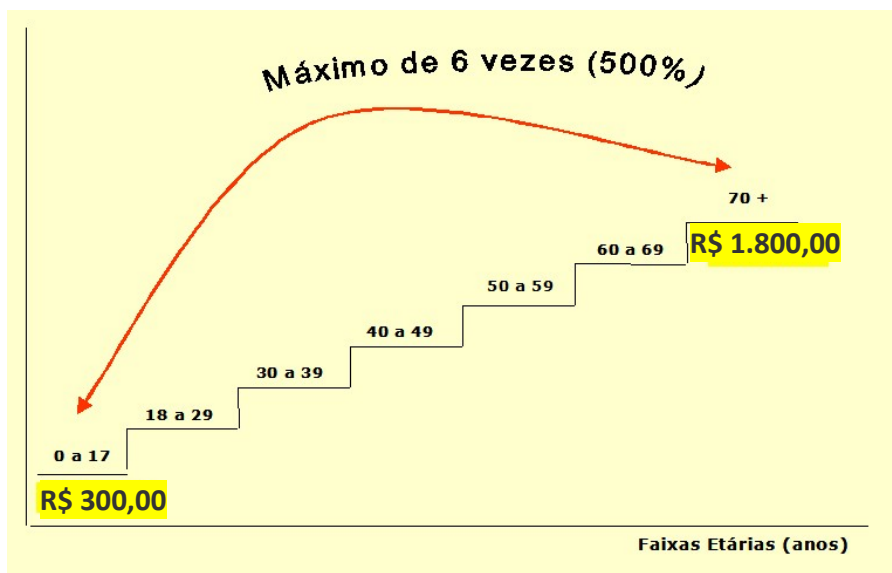
- **Variação de Mensalidade por Faixa Etária**
  - Aumento aplicado em razão da mudança de idade do beneficiário.
  - Ocorre cada vez que o beneficiário atinge uma idade que represente o início de uma nova faixa etária.
  - Visa garantir o pacto entre gerações.
  - Não há necessidade de autorização prévia da ANS, desde que a cláusula esteja de acordo com a norma vigente à época da contratação.
  - Regras diferenciadas em função da data de contratação do plano.

# VARIAÇÃO DE MENSALIDADE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

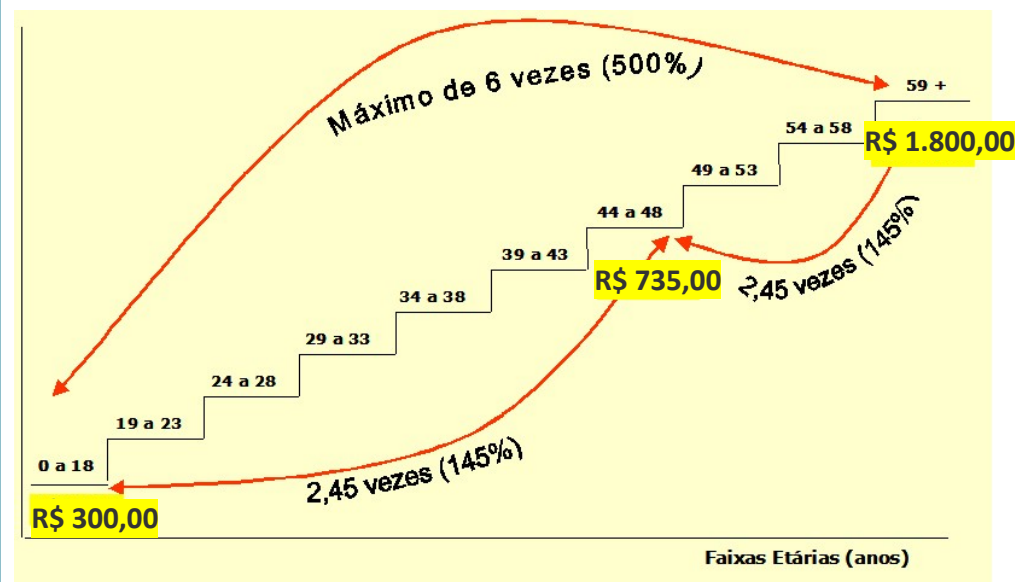
Lei 9656/98  
01/01/1999

Estatuto do Idoso  
01/01/2004

Planos contratados **após** a Lei 9.656/98 e **antes** do Estatuto do Idoso (de 02/01/99 a 01/01/04)



Planos contratados **após** o Estatuto do Idoso (após 01/01/04)



Legislações específicas: Lei 9.656/98, Res. CONSU nº 06/98 e 15/99, Súmula nº 03/2001 e RN nº 63/03 (atual 563/22)



## TIPOS DE REAJUSTE | Variação Anual

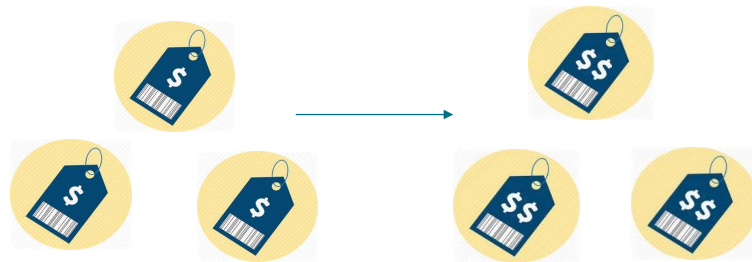
- **Reajuste Anual por Variação de Custos**
  - Aumento aplicado em razão da variação dos custos médico-hospitalares.
  - Ocorre uma vez a cada 12 meses, no aniversário do contrato.
  - Visa garantir a sustentabilidade do plano.
  - Regras diferenciadas em função da data e tipo de contratação do plano.

# CUSTOS DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR



# REAJUSTE ANUAL – DINÂMICA DE VARIAÇÃO DE CUSTOS

## Índices de Preço



Ano T

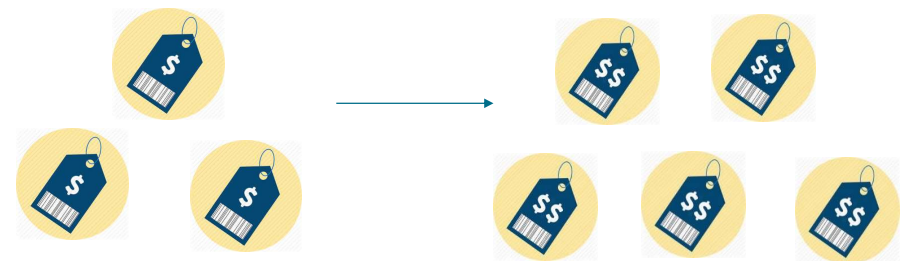
Ano T + 1

Medem a variação de preços da mesma quantidade consumida.

### ÍNDICES DE INFLAÇÃO



## Índices de Valor



Ano T

Ano T + 1

Medem a variação de preços e de quantidades consumidas.

### REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE



# FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MH

## ■ Gráfico 6 – Variação da frequência de utilização MH (ev/benef) em relação ao mesmo trimestre de 2019, 2020 – 2023

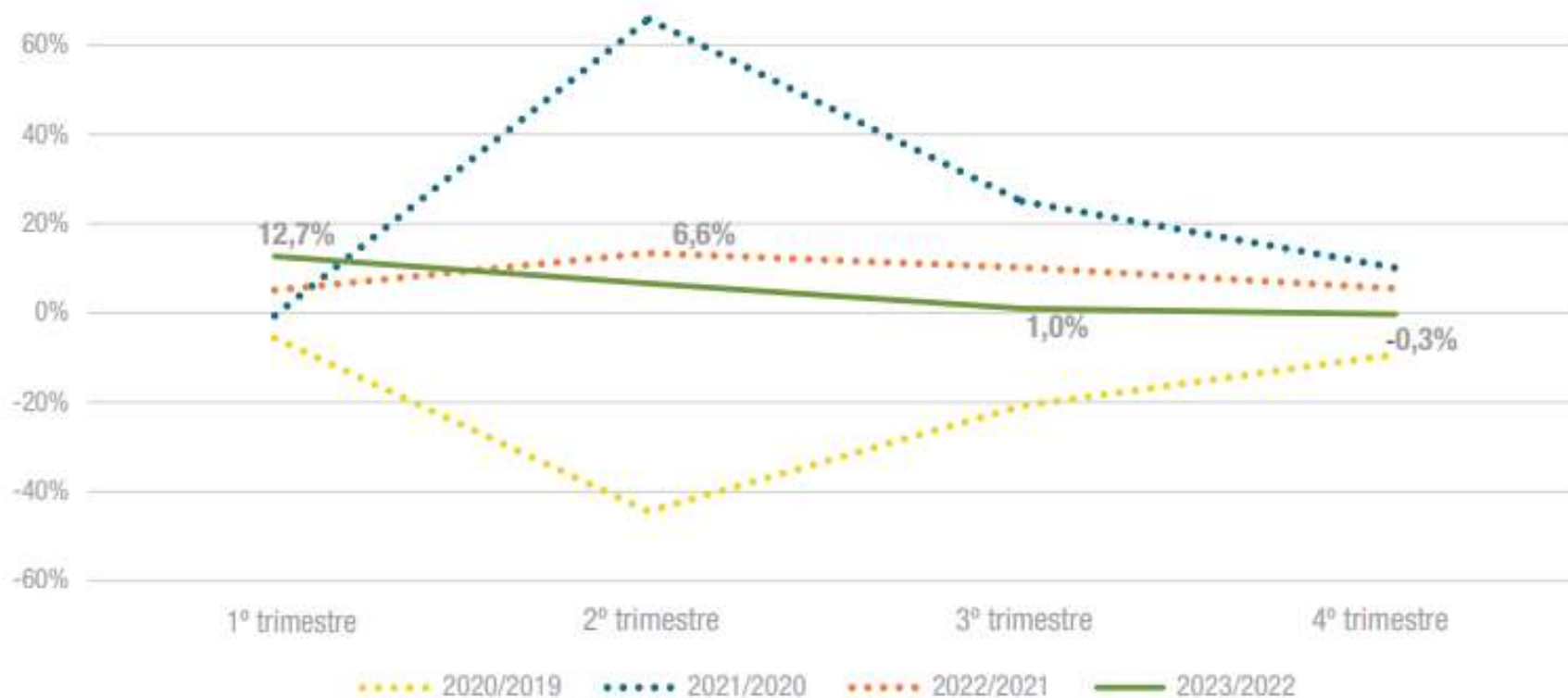
Variação da frequência de utilização MH (ev/benef) em relação ao mesmo trimestre de 2019



Fonte: SIP/ANS (dados de 2019 a 2022 - data de extração 02/07/2023; e dados de 2023 – data de extração 02/03/2024) e SIB/ANS (extraído da Sala de Situação em 22/03/2024 para todos os trimestres de 2023)

# FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MH

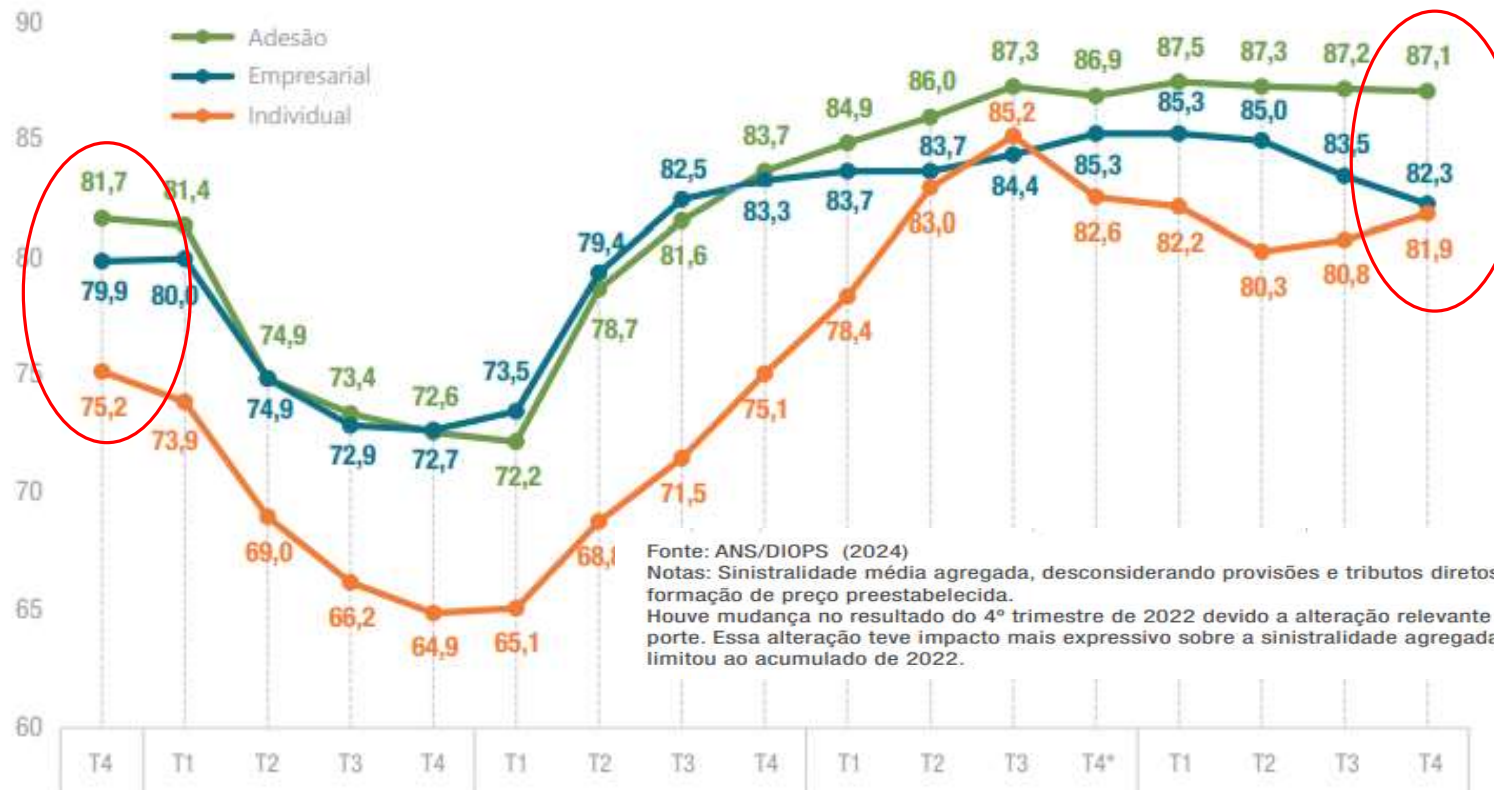
■ Gráfico 5 - Variação do total de eventos médico-hospitalares (MH) por beneficiário de 2020 a 2023, em relação ao mesmo trimestre do ano anterior



Fonte: SIP/ANS (dados de 2019 a 2022 -data de extração 02/07/2023 e dados de 2023 – data de extração 02/12/2023) e SIB/ANS (extraído do ANS Tabnet em 25/05/2023 e sala de situação em 06/12/2023 para o 1º, 2º e 3º trimestre de 2023) \* Total de eventos de assistência médico-hospitalar informados pelas operadoras ao SIP considerando-se a soma dos grupos assistenciais (A. CONSULTAS MÉDICAS + B. OUTROS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS + C. EXAMES + D. TERAPIAS + E. INTERNAÇÕES), sobre o total de beneficiários da assistência médico-hospitalar informados ao SIB pelas operadoras.

# SINISTRALIDADE

■ Gráfico 15 - Sinistralidade da carteira própria por tipo de contratação (%), Carteira de planos médico-hospitalares, acumulado em 12 meses



Fonte: ANS/DIOPS (2024)

Notas: Sinistralidade média agregada, desconsiderando provisões e tributos diretos. Apenas planos regulamentados e com formação de preço preestabelecida.

Houve mudança no resultado do 4º trimestre de 2022 devido a alteração relevante nas informações de uma operadora de grande porte. Essa alteração teve impacto mais expressivo sobre a sinistralidade agregada dos segmentos empresarial e adesão e se limitou ao acumulado de 2022.



## REAJUSTE ANUAL | Planos Coletivos

- Reflete o aumento dos **custos médico-hospitalares**;
- Ocorre a cada 12 meses, no **aniversário** do contrato;
- **Negociado** entre Operadora e PJ Contratante;
- Contratos com até 30 beneficiários devem ser **agrupados** e receber o mesmo reajuste (RN 309/12, atual RN 565/22).
- **Comunicação obrigatória** à ANS;
- **Transparência:** RN nº 389/15, nova RN nº 509/22 (Como se chegou ao % de reajuste? Base de cálculo?)
  - OPS deve disponibilizar à PJ contratante um extrato detalhado com a memória de cálculo até 30 dias antes da aplicação do reajuste e aos beneficiários até 10 dias depois do reajuste aplicado, se solicitado.
- **Monitoramento:** Pesquisa de Agrupamento de Contratos e Visita Técnica (IN nº 57/19).



# REAJUSTE ANUAL | Planos Individuais Regulamentados

RN nº 441/18

80%

20%



DESPESAS ASSISTENCIAIS



VARIAÇÃO DA FAIXA ETÁRIA



FATOR DE GANHOS DE EFICIÊNCIA



+

IPCA

ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR



ITEM PLANO DE SAÚDE

=

PERCENTUAL DE REAJUSTE DE PLANOS INDIVIDUAIS/FAMILIARES

# REAJUSTE ANUAL | Planos Individuais Regulamentados

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

IVDA

*Avanços*

- ✓ Dados públicos e auditados.
- ✓ Dados do próprio mercado de planos individuais.
- ✓ Menor defasagem temporal entre apuração e aplicação do reajuste.
- ✓ Correção de despesa não assistencial por índice geral de preços.

- VDA = Variação das despesas assistenciais
- FGE = Fator de Ganhos de Eficiência
- VFE = Variação de Receita de Faixa Etária
- IPCA Expurgado do subitem plano de saúde

***Manutenção da transferência de um fator de eficiência aos beneficiários***

## OBSERVAÇÕES SOBRE OS COMPONENTES DA METODOLOGIA

### **FGE - Fator de Ganhos de Eficiência**

*O modelo não classifica empresas em eficientes e não eficientes, mas utiliza a distância das empresas acima do 3º quartil da VDA para a determinação dos **ganhos de eficiência**.*

### **VFE -Variação Receita por Faixa Etária**

*O modelo é baseado na média de beneficiários em cada período de 12 meses e por isso, captura o **efeito de entradas e saídas**.*

### **IPCA Expurgado**

*Não existe uma indexação direta de todas as despesas não assistenciais a um índice de preços. O IPCA é o índice de referência e o expurgo do item Plano de Saúde **evita a retroalimentação** dos reajustes do ano anterior.*

# REAJUSTE DE PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS

## Reajuste de planos de saúde

Índice máximo autorizado pela ANS, em %. O percentual vale de maio a abril do ano seguinte.



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

## COMPONENTES DO IVDA

- **VDA - Variação das Despesas Assistenciais**

Mensura a variação da despesa assistencial dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar celebrados após a vigência da Lei 9.656/98.

- **FGE - Fator de Ganhos de Eficiência**

Estabelece um fator de estímulo a ganhos de eficiência na gestão das despesas assistenciais.

- **VFE - Variação Receita por Faixa Etária**

Mensura a parcela da receita das operadoras que já é recomposta pelos reajustes por mudança de faixa etária.



## FGE - RACIONALIDADE

- Tradicionalmente, utiliza-se índices de produtividade em modelos *Price-Cap*.
  - *Ganhos de produtividade representam reduções de custos que podem ser compartilhadas*
- Há limitações para adoção de índices de produtividade na saúde suplementar. Utilizou-se um Fator de Ganhos de Eficiência.
- Toda medida de eficiência envolve a comparação do resultado com um parâmetro.
- No FGE, valores de VDA até o 3º quartil representam o parâmetro de eficiência, determinado após análise da tendência da variação das despesas assistenciais das operadoras.
- *A eficiência é medida pela capacidade de gerenciamento das despesas assistenciais, em uma faixa onde estão situadas 75% das operadoras.*

## FGE - CÁLCULO

O valor do FGE é definido pelo somatório das distâncias da VDA das Operadoras acima do 3º quartil ponderada pelo número de beneficiários.



- 1 - Calcula-se o somatório das distâncias das operadoras que apresentam VDA acima do 3º quartil (Q3), ponderada pelo número de beneficiários;
- 2 - Calcula-se a média dos quatro anos (2014 a 2017 – 8,87% e 2019 a 2022 – 9,67%).

## O que PODE comprometer os princípios básicos

CENÁRIO ECONÔMICO

CENÁRIO DEMOGRÁFICO

PROPOSTAS LEGISLATIVAS, CENÁRIO POLÍTICO

NÃO OXIGENAÇÃO DA CARTEIRA

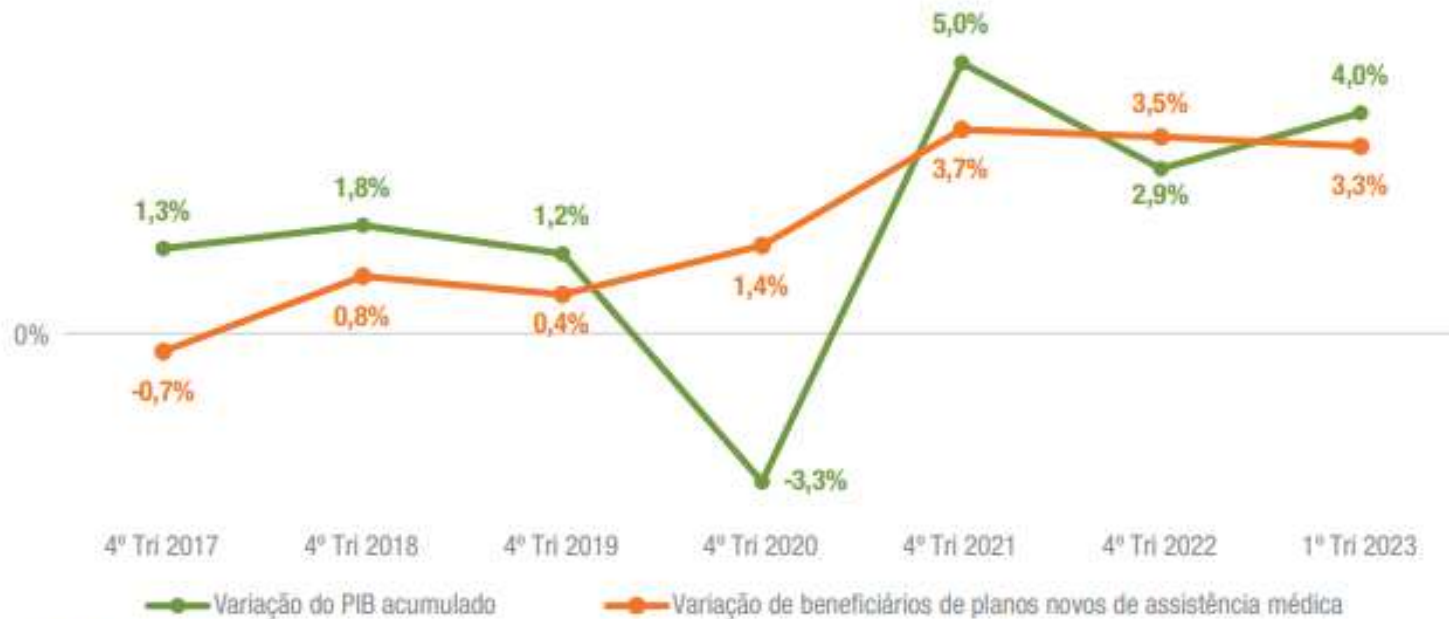
ATOMIZAÇÃO DOS REAJUSTES NOS CONTRATOS

JUDICIALIZAÇÃO

# O que PODE comprometer os princípios básicos

- CENÁRIO ECONÔMICO – Nº Beneficiários X PIB

■ Gráfico 4 - Variação do PIB acumulado no ano em relação ao mesmo período do ano anterior e do número de beneficiários de planos novos, Brasil – 4º trimestre/2017-1º trimestre/2023



Fontes: IBGE e SIB/ANS/MS - 05/2023

A variação do nº de beneficiários costuma flutuar de acordo com os movimentos do PIB, demonstrando uma importante correlação do mercado de saúde suplementar com o crescimento econômico nacional.

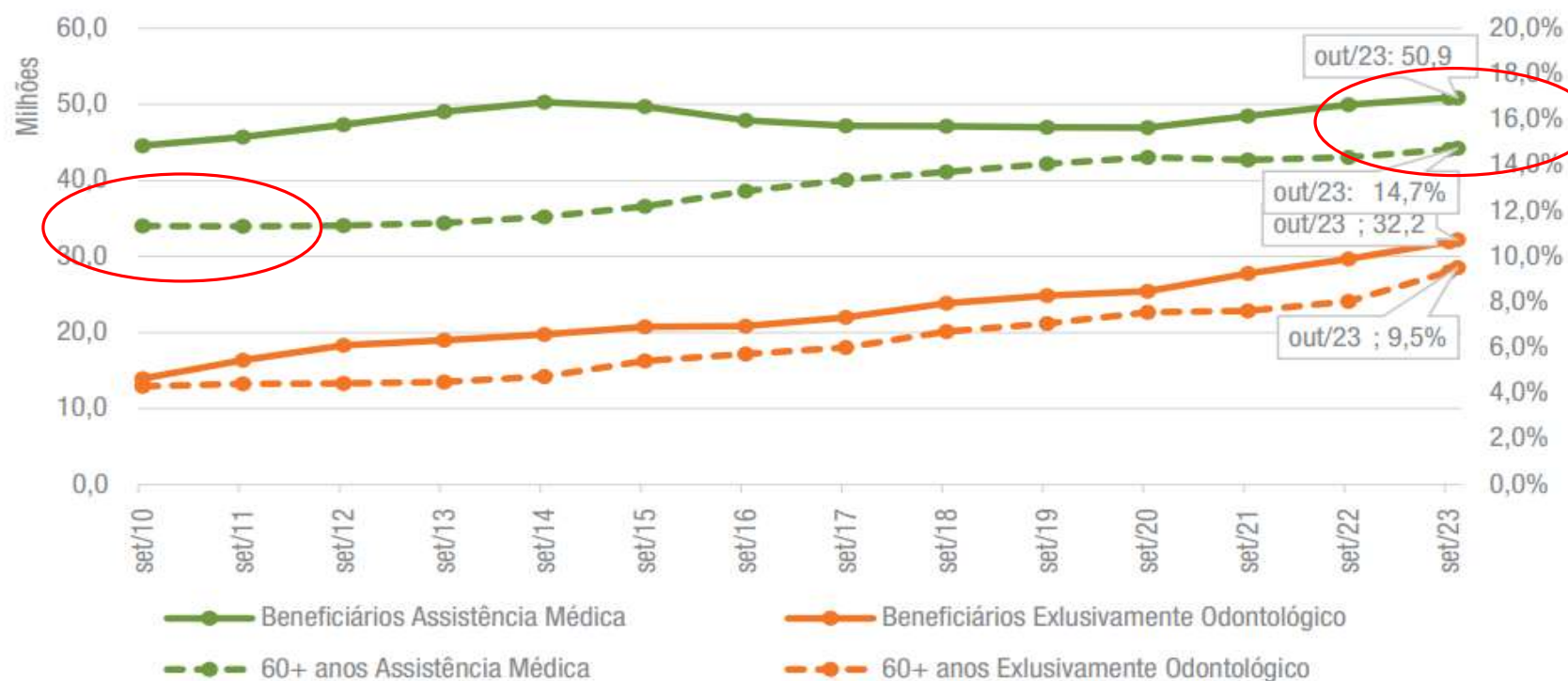
# O que PODE comprometer os princípios básicos

- CENÁRIO DEMOGRÁFICO BRASIL



# ENVELHECIMENTO DA CARTEIRA

**Gráfico 1 - Beneficiários de planos privados de saúde e percentual de idosos por cobertura assistencial do plano  
Brasil - setembro/2010-outubro/2023**



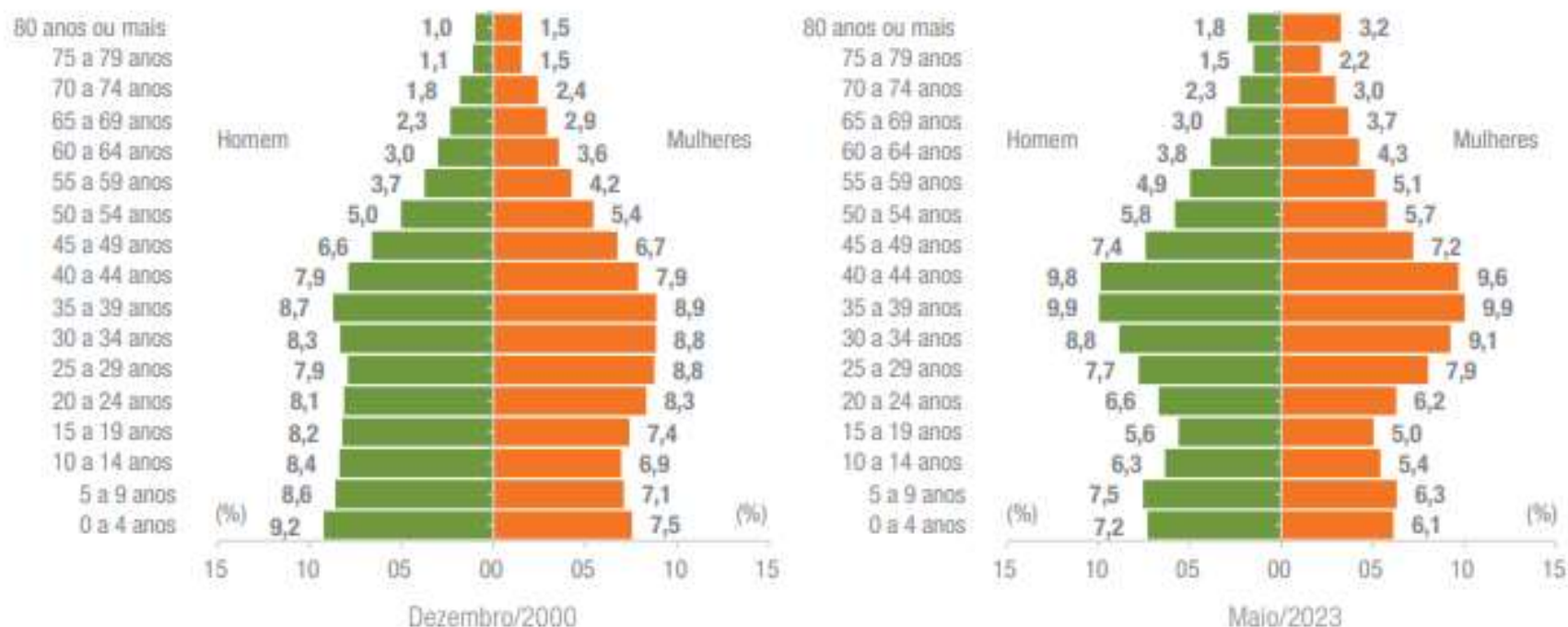
Fonte: SIB/ANS/MS - 10/2023



# O que PODE comprometer os princípios básicos

- CENÁRIO DEMOGRÁFICO BENEFICIÁRIOS

■ Gráfico 2 - Pirâmide etária dos beneficiários de planos de assistência médica Brasil – dezembro/2000 e maio/2023



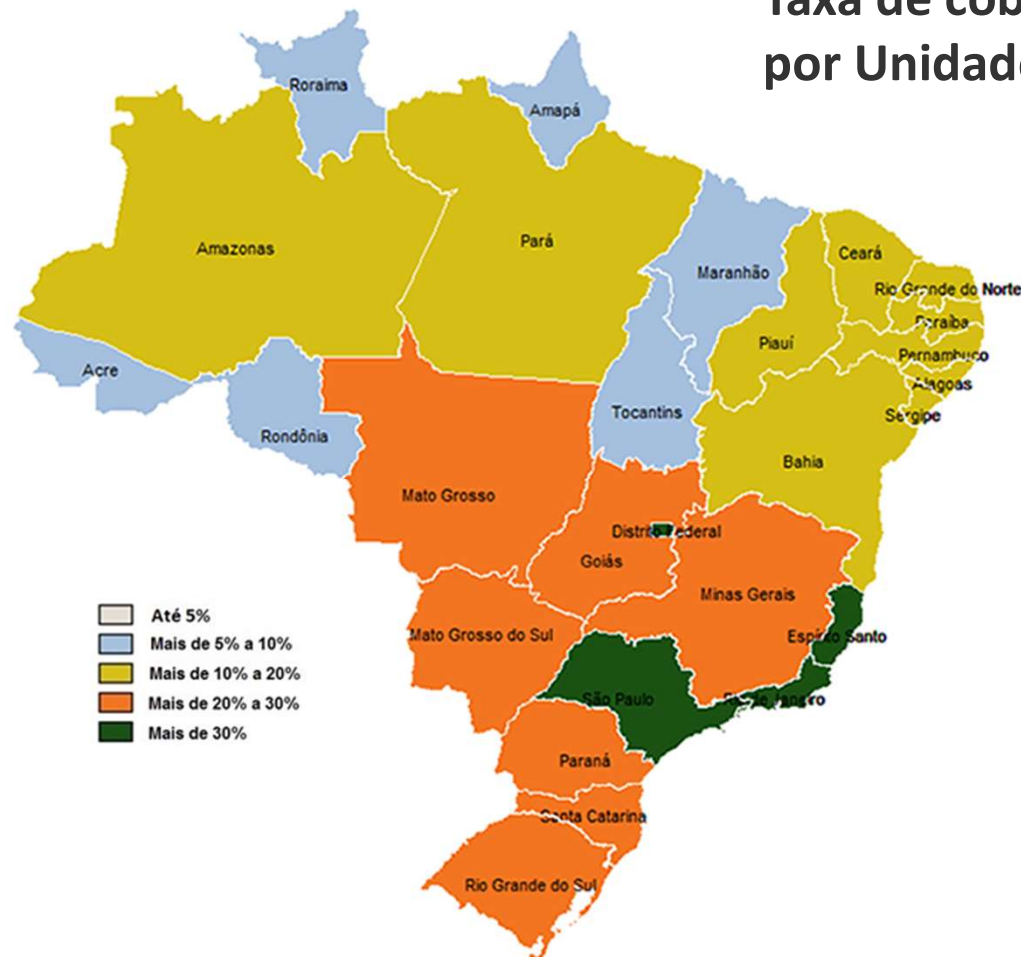
Fonte: SIB/ANS/MS - 05/2023

- Aspectos Legais – Lei 9.656/98 e Lei 9.961/00.
- Cenário Macroeconômico – perda de capacidade de pagamento dos beneficiários, inflação, poder aquisitivo, nível de renda e emprego.
- Cenário Microeconômico – modus operandi das operadoras, mercados relevantes, diferenças regionais, DSS – Determinantes Sociais da Saúde.

# LIMITAÇÕES da ANS

- CENÁRIO MICROECONÔMICO

Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação (Brasil - Julho/2023)



Grande Heterogeneidade, que não se dá mais no âmbito regional/estadual/municipal – acontece dentro do mesmo município

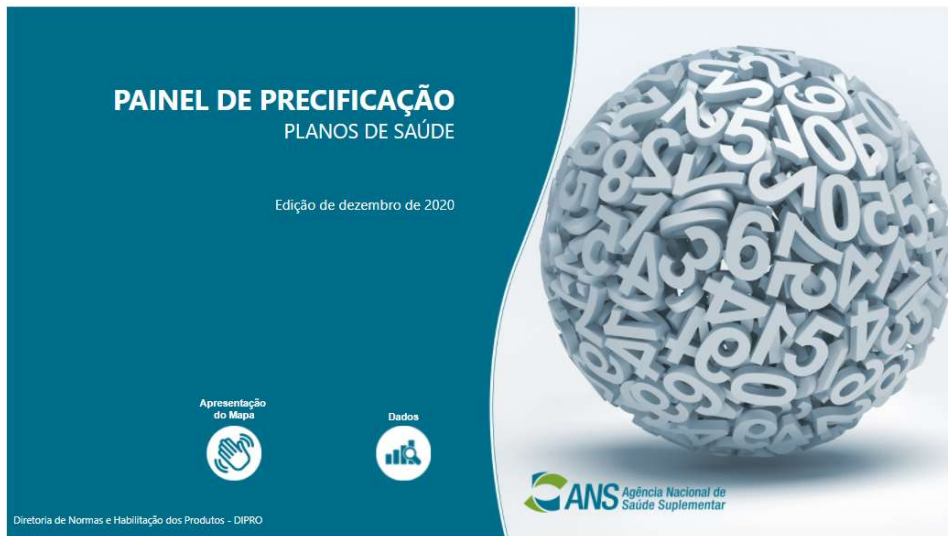
# DADOS NO SITE DA ANS

## TRANSPARÊNCIA

The image shows a screenshot of the ANS website. At the top, there is a navigation bar with the ANS logo and the text 'Agência Nacional de Saúde Suplementar'. Below this, there is a search bar with the text 'Buscar no site da ANS' and a 'Buscar' button. The main navigation menu includes 'Principal', 'A ANS', 'Planos e Operadoras', 'Legislação', 'Participação da Sociedade', 'Prestadores', 'Dados do Setor', 'Gestão em Saúde', and 'Central de Atendimento'. The 'Dados do Setor' menu is highlighted, and a dropdown menu is visible with the following items: 'Dados e Indicadores do setor', 'Dados Gerais', 'Normas mais acessadas', and 'Dados Abertos'. The 'Dados e Indicadores do setor' item is highlighted with a yellow arrow. The 'Normas mais acessadas' item has a sub-menu with the text 'zados pela irmações e' and a right-pointing arrow. The URL at the bottom of the page is 'www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor'.

# PUBLICAÇÕES PREÇO E REAJUSTE

- **PAINEL DE PRECIFICAÇÃO**



- **FONTE: NTRP, RPS**
- **ATUALIZAÇÃO SEMESTRAL**

- **PAINEL DE REAJUSTE DE PLANOS COLETIVOS**




- **FONTE: RPC, RPS**
- **ATUALIZAÇÃO SEMESTRAL**

# PAUTA ANS – Reajuste e Preços

## AGENDA REGULATÓRIA 2023-2025

Estudo Preliminar	Descrição do Estudo
Avaliação econômico-financeira dos produtos	Avaliar regras econômico-financeiras dos produtos, tais como precificação.

Tema Regulatório	Descrição do tema
 Mecanismo de regulação financeira	Avaliação sobre Coparticipação e Franquia especialmente no que se refere aos limites financeiros desse mecanismo de regulação financeira e suas vedações.

## APRIMORAMENTOS NECESSÁRIOS

- Regras de reajuste de planos coletivos reconhecendo o crescimento da contratação dessa modalidade por pessoas físicas – agrupamento e regras contratuais de reajuste
- Regras de mecanismos de regulação financeira – coparticipação e franquia – limitação e vedação
- Regras regulatórias que ampliem o mutualismo e tornem o sistema mais sustentável



## DESAFIO GERAL

---

- Agentes precisam dar o primeiro passo para mitigar a ação egocêntrica de seu negócio e promover a sinergia entre os elos da cadeia na busca da qualidade da entrega da assistência à saúde.





# GEFAP/GGREP/DIPRO

## AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

 DISQUE ANS  
0800 701 9656

 Formulário eletrônico  
[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)

 Atendimento presencial  
12 Núcleos da ANS

 Atendimento exclusivo  
para deficientes auditivos  
0800 021 2105

 [ans.reguladora](https://www.facebook.com/ans.reguladora)

 [@ANS\\_reguladora](https://twitter.com/ANS_reguladora)

 [company/ans\\_reguladora](https://www.linkedin.com/company/ans_reguladora)

 [@ans.reguladora](https://www.instagram.com/ans.reguladora)

 [ansreguladoraoficial](https://www.youtube.com/ansreguladoraoficial)





Os dados podem ser extraídos das *Demonstrações Contábeis* e *Dados de Beneficiários por Operadora* + *Características dos Produtos da Saúde Suplementar*.

Operadoras	Dados do Período Anterior			Dados do período atual			Cálculo da VDA		
	A -Despesa Assistencial Ano 1	B -Média Beneficiários Ano 1	C = (A/B) - Despesa Assistencial por benef. Ano 1	D- Despesa Assistencial Ano 2	E- Média Beneficiários Ano 2	F = (D/E) Despesa Assistencial por benef. Ano 2	G = (F/C -1) VDA da Operadora	H = Proporção beneficiários no ano 2	I = (G*H) VDA Ponderada
Operadora A	R\$ 10.000	60	<b>R\$ 167</b>	R\$ 10.800	60	<b>R\$ 180</b>	<b>8,00%</b>	X 60%	= 4,80%
Operadora B	R\$ 12.000	40	<b>R\$ 300</b>	R\$ 13.200	40	<b>R\$ 330</b>	<b>10,00%</b>	X 40%	= 4,00%
<b>VDA</b>								100,00%	<b>8,80%</b>

- 1) Calcula-se a variação da despesa assistencial por beneficiário de cada Operadora (“VDA da Operadora”);
- 2) Pondera-se a “VDA da Operadora” pela proporção de beneficiários.

Vide Nota Técnica nº 32/2018/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO

Disponível em:<[http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/64215\\_\\_11\)%20Nota%2032\\_2018\\_Metodologia%20VDA%20p%C3%B3s%20AP13.pdf](http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/64215__11)%20Nota%2032_2018_Metodologia%20VDA%20p%C3%B3s%20AP13.pdf)>

Os dados de beneficiários em planos individuais posteriores à Lei 9.656/98, distribuídos por faixas etárias são obtidos no [ANSTABNET](#) e o fator de reajuste em cada faixa etária no [Painel de Precificação Planos de Saúde](#).

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 = (bx e) -Receita Total no Momento 1	G =(c x e)-Receita Total no Momento 2	H = (f / b) -Receita Média no "Período 1"	I = (g / c) Receita Média no "Período 2"
0 a 18	2.622.597	2.562.297	-	R\$ 100,00	R\$ 262.259.725,00	R\$ 256.229.700,00	R\$ 250,32	R\$ 254,87
19 a 23	450.540	437.874	20,20%	R\$ 120,20	R\$ 54.154.877,95	R\$ 52.632.394,70		
24 a 28	542.586	503.479	15,40%	R\$ 138,71	R\$ 75.262.572,81	R\$ 69.837.905,52		
29 a 33	594.857	559.818	13,00%	R\$ 156,74	R\$ 93.239.713,73	R\$ 87.747.588,61		
34 a 38	600.532	579.988	11,40%	R\$ 174,61	R\$ 104.860.094,75	R\$ 101.272.779,97		
39 a 43	492.825	484.043	15,50%	R\$ 201,68	R\$ 99.391.408,68	R\$ 97.620.232,79		
44 a 48	432.212	415.420	24,80%	R\$ 251,69	R\$ 108.784.507,45	R\$ 104.558.022,07		
49 a 53	435.481	412.552	26,10%	R\$ 317,38	R\$ 138.214.872,82	R\$ 130.937.407,39		
54 a 58	423.156	414.747	27,80%	R\$ 405,62	R\$ 171.639.374,81	R\$ 168.228.539,32		
Mais de 59	1.686.304	1.746.822	41,10%	R\$ 572,33	R\$ 965.115.674,54	R\$ 999.751.696,12		
<b>TOTAL</b>	<b>8.281.090</b>	<b>8.117.038</b>			<b>R\$ 2.072.922.822,55</b>	<b>R\$ 2.068.816.266,49</b>		

1) Multiplica-se os beneficiários do período "1" e "2" pelos preços com fator de reajuste em cada faixa;

2) Divide-se o total da receita de cada período pelo número total de beneficiários;

$$R\$ 2.068.816.266 \div 8.117.038 = R\$ 254,87$$

$$R\$ 2.072.922.822 \div 8.281.090 = R\$ 250,32$$

3) Calcula-se a razão entre as receitas médias por beneficiário do período "2" pelo período "1";

$$R\$ 254,87 \div R\$ 250,32 = \mathbf{1,82\%}$$

## IPCA EXPURGADO

Os dados são extraídos de <https://sidra.ibge.gov.br/home/ipca> , tabela 1419

Grupos	Pesos iniciais em Set /18	Pesos após exclusão de "Plano de Saúde"
1.Alimentação e bebidas	24,47%	25,50%
2.Habitação	16,03%	16,71%
3.Artigos de residência	3,94%	4,11%
4.Vestuário	5,78%	6,03%
5.Transportes	18,29%	19,07%
6.Saúde e cuidados pessoais	12,15%	8,43%
61.Produutos farmacêuticos e óticos	3,69%	3,84%
62.Serviços de saúde	5,82%	1,82%
6201.Serviços médicos e dentários	1,16%	1,21%
6202.Serviços laboratoriais e hospitalares	0,59%	0,61%
6203.Plano de saúde	4,07%	0,00%
63.Cuidados pessoais	2,65%	2,76%
7.Despesas pessoais	10,85%	11,31%
8.Educação	4,94%	5,15%
9.Comunicação	3,55%	3,70%

### PONDERAÇÃO

1) Calcula-se o novo somatório de pesos do IPCA após a exclusão do *subitem 6203 – Plano de Saúde*;  
(100,00% - 4,07% = **95,93%**)

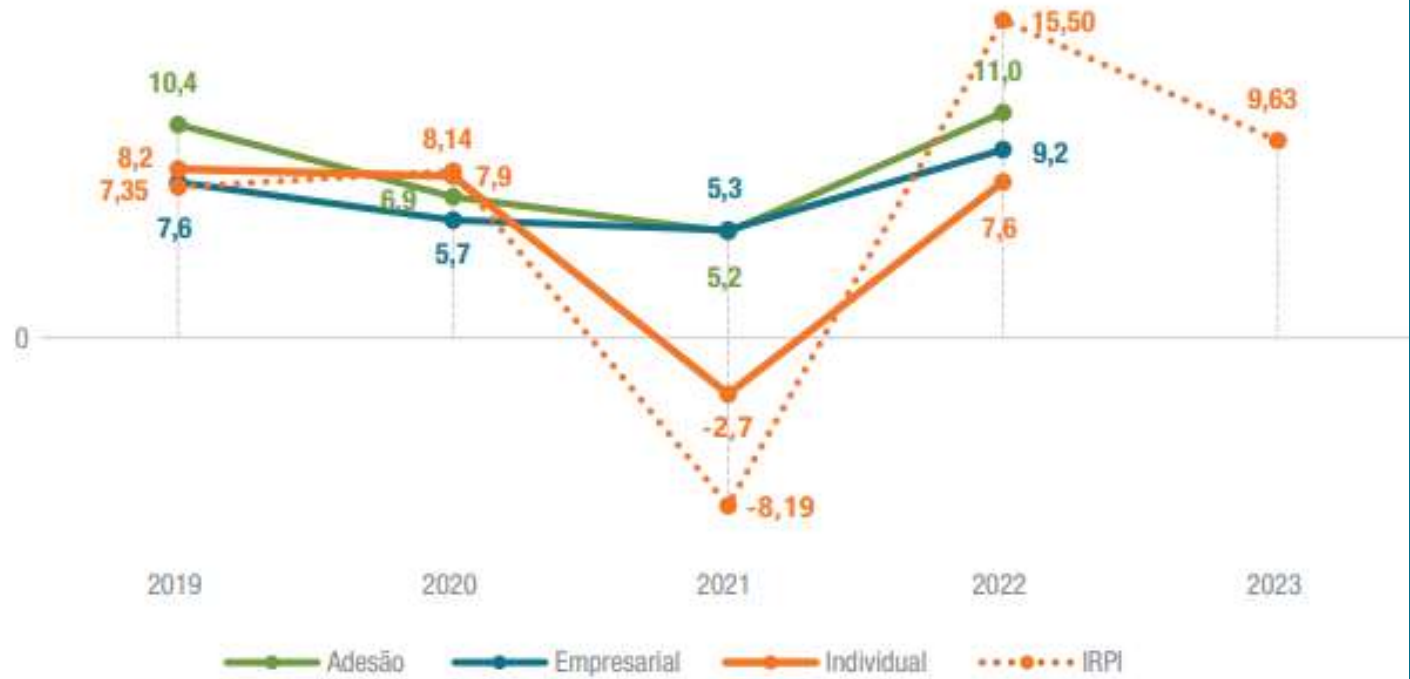
2) Divide-se o peso inicial dos grupos/subgrupos que permanecem no índice pelo novo somatório de pesos. Exemplo: *Grupo 1- Alimentação e Bebidas*  
(0,2447/0,9593 = **25,50 %**)

Após a ponderação, deve-se multiplicar o novo peso de cada grupo que permanece no índice pelas variações mensais.

As variações mensais são informadas pelo IBGE na mesma tabela (1419)!

# REAJUSTE ANUAL

■ Gráfico 17 - Reajuste médio anual por tipo de contratação e IRPI (%)



Fonte: ANS/RPC e Painel de Reajustes Coletivos<sup>19</sup>, ANS/SIB e ANS/IRPI.

Notas:

Média anual dos reajustes aplicados a cada mês ponderada pelos beneficiários em contratos reajustados.

O IRPI reflete o Índice de Máximo de Reajuste Individual autorizado para os meses de maio a abril do ano subsequente.

## LIMITAÇÕES/DESAFIOS da ANS – DSS

“ Os Determinantes Sociais da Saúde são situações da vida econômica, política, institucional, social, cultural, ambiental, biológica e subjetiva que afetam, positiva ou negativamente, a saúde de indivíduos e populações. ”

É um conceito da área de saúde pública que se refere a um conjunto de acontecimentos, fatos, situações e comportamentos da:

- vida econômica;
- social;
- ambiental;
- política;
- governamental;
- cultural e subjetiva.

que afetam positiva ou negativamente a saúde de:

- indivíduos;
- segmentos sociais;
- coletividades;
- populações e territórios.

Associados ao conceito de equidade em saúde porque impactam de forma diferente, e muitas vezes injusta, a saúde de pessoas, grupos sociais e comunidades e suas possibilidades de acesso à proteção e ao cuidado à vida.

# REAJUSTE DE PLANOS DE SAÚDE MAIOR QUE A INFLAÇÃO ?

## ANS autoriza reajuste de até 9,63% para planos de saúde individuais, mais que o dobro da inflação

Percentual máximo de aumento, porém, fica bem abaixo da alta que vem sendo aplicada nos contratos coletivos que, em alguns casos, ultrapassa 30%

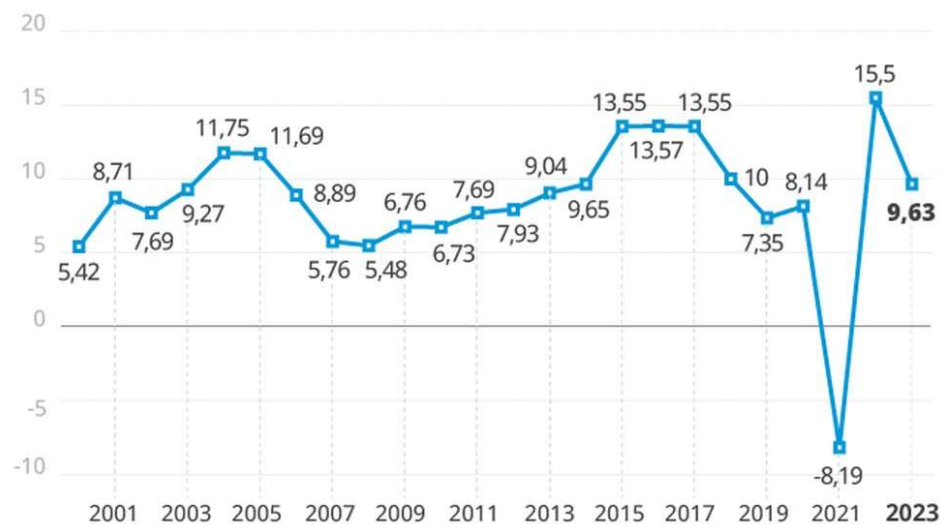
### REAJUSTE DE PLANO FICA ACIMA DA INFLAÇÃO PELA 20ª VEZ DESDE 2000

trajetória anual do aumento dos preços dos planos individuais e inflação acumulada em 12 meses (%)



### Reajuste de planos de saúde

Índice máximo autorizado pela ANS, em %. O percentual vale de maio a abril do ano seguinte.



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)