

Representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apresentaram a nova fórmula de cálculo de reajustes aplicados pelas operadoras de planos de saúde. A reunião foi na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) nesta quarta-feira (28) e foi acompanhada pelo diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Rogério Scarabel.

A fórmula tem sido discutida com órgãos de defesa do consumidor, Ministério Público e organizações ligadas à saúde. Atualmente, a ANS analisa as contribuições feitas nas mais diversas audiências públicas e, após avaliação da diretoria colegiada, pode publicar uma nota normativa sobre os reajustes, que valerá a partir de maio de 2019.

De acordo com o coordenador da área que elaborou a fórmula de reajuste, Bruno Morestrello, o novo cálculo pondera as despesas assistenciais e não assistenciais. Cerca de 80% dos gastos de um plano de saúde são procedimentos, terapias, internações e exames — as despesas assistenciais. Os demais 20% são despesas não-assistenciais, ou seja, o que a operadora do plano de saúde gasta com pessoal, locomoção e manutenção, por exemplo.

Se aprovada pela ANS, a nova fórmula para reajuste dos planos levará em conta o índice do valor das despesas assistenciais (IVDA), que é formado por três elementos. O primeiro deles é a própria variação dos preços da despesa assistencial (VDA) considerados os gastos da carteira de planos individuais das operadoras. A diferença, nesse ponto, é que no modelo atual leva-se em conta a média dos reajustes aplicados nos contratos coletivos.

— A proposta é passar a observar diretamente as informações da carteira de planos individuais — destacou Morestrello.

O segundo elemento é o desconto da variação da Receita Faixa Etária (VFE), proveniente dos reajustes previstos toda vez em que o usuário muda de faixa etária. Desse valor tira-se 1.

— Uma vez que a variação da despesa assistencial já captura o efeito da mudança da idade, temos ali o desconto desse fator presente no reajuste — explicou.

O terceiro elemento é o fator denominado “ganhos de eficiência” (FGE). Isso porque a ANS pretende estimular as operadoras a atuarem como gestoras de assistência à saúde, estimulando a eficiência e evitando um modelo que transforme a operadora numa mera repassadora de custos assistenciais.

Atingido, então, o índice de variação da despesa assistencial ($IVDA = VDA/VFE - 1 - FGE$), o percentual de reajuste é igual a $80\% \times IVDA + 20\% \times IPCA \text{ Expurgado}$ (o que é eliminado do índice nacional de preços ao consumidor amplo são as contas referentes aos planos de saúde e às despesas médicas).

— O que a gente faz no expurgo é evitar que o reajuste do ano seguinte seja retroalimentado pelo reajuste do ano anterior.

Como a audiência era interativa, um internauta perguntou se o reajuste não poderia apenas ser baseado na inflação do período. Bruno Morestrello disse ser impossível.

— Além de a área de saúde ter um comportamento de preços diferente da média da economia, existe o efeito da frequência do uso dos serviços, a variação de eventos como consultas, exames, cirurgias.

Avanços

Para os representantes da ANS, a nova fórmula de cálculo dos planos de saúde é vantajosa porque os dados que compõem o reajuste são públicos e auditáveis. Eles também apontam como benefício o fato de os dados serem retirados do próprio mercado de planos individuais e terem menor

defasagem entre o período de cálculo e a aplicação do reajuste. Além disso, a correção das despesas não-assistenciais será feita por índice específico, expurgando as despesas assistenciais.

— O objetivo da ANS é chegar a uma metodologia de reajuste que reflita mais diretamente a variação das despesas das operadoras nos planos individuais e, uma vez que os dados sejam públicos e auditáveis, tornar o modelo mais transparente e previsível tanto para os beneficiários quanto para as operadoras — resumiu Morestrello.

Fonte: Agência Senado, em 28.11.2018.