

Índice de Reajuste dos Planos Individuais (IRPI)

Entenda como funciona a nova metodologia de cálculo, que visa oferecer mais transparência e previsibilidade ao setor e à sociedade

Felipe Caruso, MIBA, CONRE, M.Sc.



Novo modelo proposto leva em conta diversos fatores, mas pode ser resumido como uma combinação de duas variáveis: 80% da variação das despesas médicas do setor e 20% da inflação geral da economia.

Introdução

Em 19 de dezembro de 2018, a ANS publicou a Resolução Normativa – RN nº 441, que descreve a metodologia de cálculo de reajuste dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar regulamentados pela Lei 9.656/98. A metodologia foi denominada de *Value Cap ponderado entre despesas assistenciais e não assistenciais*. Este foi o modelo escolhido após avaliações e contribuições de diversos *players* do mercado, em grande parte motivado pela sua maior capacidade de mitigar as fragilidades observadas na metodologia atual e de gerar mais transparência ao reajuste anual publicado.

Até então, o reajuste individual era calculado com base na média dos reajustes aplicados em planos coletivos com 30 ou mais vidas, ponderado pelo número de beneficiários. As principais fragilidades identificadas que podemos citar são: a defasagem entre o período de apuração do reajuste e o período de aplicação do mesmo; a não divulgação da base de dados utilizada para o cálculo, impossibilitando sua verificação e prejudicando sua previsibilidade; a ausência de auditoria nos dados utilizados; e, por fim, o fato de o cálculo ser baseado em um perfil de risco de uma carteira de planos coletivos, que em muitas formas tem características diferentes de planos individuais. Como tentativa de solucionar parte destas situações, um novo modelo foi amplamente debatido e desenvolvido.

A nova metodologia de cálculo do reajuste, que hoje impacta cerca de 9,1 milhões de beneficiários, havia sido apresentada inclusive ao Senado Federal, em 29/11. Este modelo foi construído com o objetivo de refletir a variação das despesas das operadoras nos planos individuais, com resultados mais previsíveis e transparentes tanto para os consumidores quanto para as operadoras, demanda da sociedade e da Diretoria Colegiada da ANS.

Esta proposta foi classificada como um aprimoramento da metodologia *Value Cap*, e considerou as contribuições da audiência pública para construir um aperfeiçoamento no cálculo de suas variáveis. A ANS entende ainda que a dinâmica de custos do setor requer um modelo de reajustes que incentive a eficiência e a concorrência, ou seja, crie incentivos à indústria regulada para redução de custos, inovação, melhoria e qualidade.

Modelo

O novo modelo pondera o Índice de Variação das Despesas Assistenciais (IVDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Assim, o IVDA reflete diretamente a variação das despesas assistenciais, ou seja, a variação das despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA reflete as despesas não assistenciais das operadoras, como custos administrativos, margem de lucro, comissionamento, entre outros.

O índice deixa então de se basear exclusivamente na variação das despesas assistenciais dos planos médico-hospitalares, como se dava até hoje, mas continua sendo composto por uma fórmula única, que reúne as duas variações, com peso de 80% para as despesas assistenciais e 20% para as não assistenciais.

O modelo pode, portanto, ser simplificado através da seguinte fórmula:

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

A ideia por trás da mudança para este modelo escolhido é a utilização de dados do próprio setor, especificamente de planos individuais, que já são divulgados publicamente e auditados, e poderão transferir um aumento de eficiência do setor aos beneficiários, conforme veremos posteriormente no detalhamento de suas variáveis.

IVDA = Índice de Valor das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares posteriores à Lei 9.656/98.

IPCA Exp = Índice de Preços ao Consumidor Amplo expurgado do subitem Plano de Saúde.

O peso de 80% dado ao IVDA, índice que apura a variação nas despesas assistenciais, na fórmula foi definido devido à realidade da sinistralidade do mercado de saúde, que conforme pesquisa feita pela ANS tem oscilado entre 78% e 81% para os planos

individuais. Desta forma, o IPCA Exp, índice que representa as despesas não assistenciais, ganhou um peso de 20%, percentual complementar ao utilizado para as despesas assistenciais.

É importante citar ainda que, quando abordamos a variação das despesas médico-hospitalares, estamos aferindo o quanto estas despesas de saúde variam tanto de acordo com as variações nos preços de cada procedimento (exames mais caros, por exemplo), quanto de acordo com a frequência de utilização destes serviços de saúde (beneficiários indo a consultas mais vezes, por exemplo).

Variáveis utilizadas

1. IVDA

O IVDA, que, conforme citado anteriormente, representa a variação das despesas assistenciais, é obtido pela seguinte fórmula:

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

Seus fatores são:

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 Faixa Etária dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei 9.656/98.

FGE = Fator de Ganhos de Eficiência.

Vamos então adentrar no cálculo e entendimento de cada um destes fatores, a começar pela VDA:

1.1. VDA

A fórmula apresentada pela ANS para a VDA, que representa o índice único que mensura a variação da despesa assistencial média dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar, foi a seguinte:

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

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
- n = número de operadoras médico-hospitalares do mercado consideradas na metodologia de cálculo
- 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 i
- Ben = Média de beneficiários dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar regulamentados pela Lei 9.656/98 da Operadora i
- Ben_{total} = Média do total de beneficiários dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar regulamentados pela Lei 9.656/98, avaliado para cada trimestre t do ano a, que antecede o cálculo do reajuste.

De forma técnica, o objetivo da VDA é capturar a variação da despesa médico-hospitalar de cada operadora entre dois instantes de tempo e ponderar esta variação de acordo com o peso da quantidade de beneficiários de cada uma em relação à amostra total, de forma a mitigar as diferenças de escala das diversas operadoras do mercado. Neste sentido, vale ressaltar que o cálculo será mais influenciado pelas operadoras com maior número de beneficiários, que, a princípio, possuem carteiras com melhor diluição de risco, ao mesmo tempo em que se mantém o cálculo individualizado da variação de despesas de cada operadora, captando assim os distintos perfis de operação, características regionais, etc.

A comparação será feita entre o período de 12 meses e o período de 12 meses imediatamente anterior. Na RN 441/2018, inclusive, a ANS esclareceu que a apuração da VDA terá como base as despesas assistenciais e a média de beneficiários exatamente dos dois anos imediatamente anteriores ao ano de divulgação do IRPI.

Os dados utilizados serão extraídos pela Agência através do DIOPS, para despesas, e do SIB, para beneficiários, e podem ser consultados por qualquer um na página da mesma através das demonstrações contábeis, pelo TABNET e pela Sala de Situação, conferindo assim maior transparência e confiabilidade ao cálculo. Adicionalmente, a metodologia de apuração da VDA, desde o método de extração das informações, incluindo os critérios de tratamento da base utilizada serão objeto de Nota Técnica específica, divulgada anualmente pela ANS.

1.2. VFE

A ANS, em sua RN 441/2018, define o VFE como o índice único que mensura a recomposição da receita das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde pelos reajustes por mudança de faixa etária dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar.

O objetivo deste fator, então, é considerar o ganho de receita já recomposto pelas operadoras no cálculo do VDA devido ao acréscimo natural de receitas oriundo da mudança de faixas etárias de seus beneficiários, evitando deste modo que a expectativa de aumento do perfil de utilização provenientes do envelhecimento da população seja considerada duas vezes no cálculo.

Para o cálculo, apura-se o número médio de beneficiários de planos individuais, distribuídos por faixa etária, em dois períodos, utilizando os dados do SIB. Posteriormente, apura-se os fatores médios de reajuste por mudança de faixa etária a partir do Painel de Precificação mais recente publicado pela ANS. Então, multiplica-se o número médio de beneficiários de cada faixa etária em cada um dos períodos pelo fator médio de reajuste acumulado até a faixa etária em questão, e divide-se pela média total de beneficiários para encontrar a receita per capta de cada período.

Por fim, é calculada a variação entre a receita per capta do segundo período em relação ao primeiro, obtendo-se como resultado o VFE, que funcionará como um desconto no cálculo do IVDA. A Agência também esclareceu que a apuração do VFE terá como base a média de beneficiários dos dois anos imediatamente anteriores ao ano de divulgação do IRPI e as estatísticas dos reajustes por mudança de faixa etária do último Painel de Precificação disponível.

1.3. FGE

O FGE foi definido pela ANS como o índice único que estabelece um estímulo a ganhos de eficiência na gestão das despesas assistenciais pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Este índice corresponderá a um percentual da VDA, calculado a cada quatro anos e aplicado anualmente.

O objetivo da presença deste fator é medir a diferença de produtividade entre a operadora e a média do setor, incentivando sua busca pela redução de custos e por técnicas mais eficientes, além de introduzir um tipo de concorrência entre as operadoras, que passam a disputar esta maior produtividade. Este fator permite que os ganhos de eficiência absorvidos pela operadora tenham impacto positivo também para os beneficiários, ao passo que operadoras com índices menores de produtividade cederão um tipo de compensação aos beneficiários por não terem sido eficientes.

Isto foi utilizado porque a ANS entende que uma aplicação pura e simples da variação das despesas assistenciais entre os períodos poderia implicar em repassar automaticamente as ineficiências do setor aos beneficiários através do reajuste, além de que restringiria o índice a uma recomposição da variação de despesas. Com isso, este FGE se torna um mecanismo com o intuito de evitar estes efeitos indesejados, visto que as operadoras ineficientes não estarão aptas a aplicar o reajuste necessário para o equilíbrio de sua carteira. Este índice, apresentado como uma medida de eficiência, reflete a comparação entre um desempenho observado e o desempenho de um parâmetro (benchmark).

Para obter seu valor, primeiramente calcula-se o 3º quartil (Q3), que é uma medida de dispersão que delimita os 25% maiores valores da VDA, dos 4 últimos anos. A seguir, para cada ano, calcula-se as distâncias entre a VDA das operadoras que apresentaram VDA acima do Q3 e o próprio Q3, ponderadas pelo número de beneficiários de cada uma dessas operadoras, e soma-se todos estes valores, conforme ilustrado pela fórmula a seguir:

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

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. O primeiro período de cálculo do fator compreende os anos de 2014, 2015, 2016 e 2017.

2. IPCA EXP

Por último, temos as despesas não assistenciais, com peso de 20% no Índice Final, representadas pelo IPCA Exp. O IPCA Exp utilizado no cálculo é equivalente ao IPCA Expurgado, definido como o índice único de correção da parcela referente às despesas não assistenciais das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. O que isso significa? O IPCA efetivamente utilizado será

calculado através de uma nova ponderação dos grupos/subgrupos do IPCA após a exclusão do subitem Plano de Saúde, com o objetivo de evitar a reconsideração do índice por componentes relacionados ao próprio setor regulado.

O IPCA hoje é composto por nove grupos no total: 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. 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 subitem Plano de Saúde, evitando-se a retroalimentação do índice.

É válido citar também que o IPCA é produzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, e já é utilizado por diversas outras agências reguladoras para reajuste de preços em seus mercados. A ANS esclareceu também em sua RN 441/2018 que o cálculo do IPCA Expurgado terá como base o índice acumulado dos últimos 12 meses em dezembro do ano imediatamente anterior ao da divulgação do IRPI, e será divulgado pela própria Agência.

Conclusão

Pode-se concluir que a Agência, após consulta pública, buscou obter uma metodologia bem construída, que solucionasse os problemas encontrados no método atual, e, de forma concomitante, não abdicasse de trazer transparência ao cálculo, além de prover incentivos regulatórios com uma maior previsibilidade do percentual final. A diretoria da ANS esclareceu ainda que o maior objetivo era mesmo dar mais clareza ao cálculo do reajuste à sociedade como um todo.

A expectativa é que, com esta nova metodologia, o reajuste final seja capaz de refletir melhor de fato a variação das despesas das operadoras nos planos individuais, tendo em vista sua formulação e fontes de dados utilizados, não deixando de lado o compromisso com a promoção de uma maior eficiência no setor. Com a publicação da RN 441/2018, a norma passa a valer já para o reajuste de 2019.

Como citado anteriormente, um grande passo à frente no sentido da transparência é o fato de os dados utilizados para este novo cálculo serem públicos e auditados, possibilitando que qualquer um refaça o cálculo, permitindo uma maior previsibilidade e atestando sua confiabilidade. Há ainda outros benefícios, como a redução do tempo entre o período de cálculo e o período de aplicação do reajuste, e também a transferência de parte dos ganhos de eficiência das operadoras para os beneficiários através de reduções no índice.

A ANS também definiu na RN 441/2018 que os parâmetros da metodologia de cálculo serão revistos a cada quatro anos. Os dados utilizados para o cálculo do IRPI serão publicados no próprio site da Agência, e serão apresentados tanto a Nota Técnica contendo o valor final quanto o cálculo dos seus fatores e a data de extração dos dados que foram utilizados na apuração. Será informado também qual o período de aplicação do IRPI em questão. A norma estabelece ainda a possibilidade de que a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), futuramente, detalhe as rotinas de apuração e divulgação deste reajuste através de Anexos ou Instruções Normativas, com o intuito de desenvolver e aperfeiçoar sua estrutura de autorização dos reajustes.

Por fim, comunicamos que a ANS não divulgou ainda ao mercado um estudo do impacto esperado desta nova metodologia de cálculo do IRPI. A Milliman já está buscando os dados de todo o mercado para simular tal impacto, e posteriormente fará um estudo da comparação do IRPI com os índices atualmente existentes de forma a fornecer ao mercado esta comparação com a projeção do novo índice.



A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

milliman.com

CONTATO

Felipe Caruso

felipe.caruso@milliman.com