

ANEXO I

FÓRMULA DE CÁLCULO DO ÍNDICE DE REAJUSTE DOS PLANOS INDIVIDUAIS (IRPI):

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

Onde:

IRPI = Índice Máximo 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 nº 9.656, de 1998;

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

Fórmula de Cálculo do IVDA

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

Onde:

VDA = Variação das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei nº 9.656, de 1998.

FGE = Fator de Ganhos de Eficiência.

VFE = Variação da Receita Faixa Etária dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei nº 9.656, de 1998.

ANEXO II

METODOLOGIA DE APURAÇÃO DA VARIAÇÃO DAS DESPESAS ASSISTENCIAIS DOS PLANOS INDIVIDUAIS (VDA) MÉDICO-HOSPITALARES COM OU SEM COBERTURA ODONTOLÓGICA POSTERIORES À LEI Nº 9.656, DE 1998.

Para calcular a VDA única do setor, 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:

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

Onde:

i = Operadora i

t = último trimestre com dados disponíveis do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde DIOPS/ANS 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 nº 9.656, de 1998 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 nº 9.656, de 1998 da Operadora

BEN total = Média de beneficiários dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar regulamentados pela Lei nº 9.656, de 1998 no período de 12 meses que antecede o cálculo do reajuste do mercado.

Observação: A metodologia de apuração da Variação da Despesa Assistencial (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.

ANEXO III

METODOLOGIA DE APURAÇÃO DO FATOR DE GANHOS DE EFICIÊNCIA (FGE).

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.

Uma medida de eficiência reflete a comparação entre o desempenho observado e o desempenho de um parâmetro (*benchmark*).

Para o estabelecimento do parâmetro de eficiência, compararam-se os resultados das variações das despesas assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares contratados na vigência da Lei nº 9.656, de 1998 de cada operadora (VDA) com a tendência de variação de despesas do setor (*benchmark*).

O cálculo é realizado através das seguintes etapas:

- 1) A partir da base de cálculo da média ponderada da VDA (que já exclui os valores atípicos), classifica-se em ordem crescente o conjunto de valores de VDA por operadora em um ano.
- 2) Identifica-se o terceiro quartil (Q3), medida que delimita os 25% (vinte e cinco por cento) maiores valores da VDA.
- 3) Calcula-se as distâncias entre a VDA das Operadoras acima do Q3 e o próprio Q3.
- 4) Pondera-se as distâncias das operadoras acima do Q3, conforme fórmula a seguir:

$$\text{Distância ano } a = \sum_{i=1}^n (VDA_{OPS_i a} - \text{Valor do Q3 } a) \times \frac{\text{Quantidade de Beneficiários da } OPS_i a}{\text{Total de beneficiários da amostra } a}$$

Onde:

VDA OPS_i = Variação das despesas assistenciais da Operadora i no ano a com VDA acima do 3º quartil no ano a

5) Calcula-se a proporção entre a "Distância ano a " e a VDA média ponderada do ano (apurada conforme critérios do Anexo II).

6) Calcula-se a média geométrica das proporções por quatro anos consecutivos, obtendo-se o valor do FGE. O primeiro período de cálculo do fator compreende os anos de 2014, 2015, 2016 e 2017.

ANEXO IV

METODOLOGIA DE APURAÇÃO DO FATOR DE VARIAÇÃO DA RECEITA POR 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 nº 9.656, de 1998 distribuídos por faixa etárias (RN nº 63, de 22 de dezembro de 2003) 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> _{1 1}	<i>Benef</i> _{1 2}
19 até 23	<i>Benef</i> _{2 1}	<i>Benef</i> _{2 2}
24 até 28	<i>Benef</i> _{3 1}	<i>Benef</i> _{3 2}
29 até 33	<i>Benef</i> _{4 1}	<i>Benef</i> _{4 2}
34 até 38	<i>Benef</i> _{5 1}	<i>Benef</i> _{5 2}
39 até 43	<i>Benef</i> _{6 1}	<i>Benef</i> _{6 2}
44 até 48	<i>Benef</i> _{7 1}	<i>Benef</i> _{7 2}
49 até 53	<i>Benef</i> _{8 1}	<i>Benef</i> _{8 2}
54 até 58	<i>Benef</i> _{9 1}	<i>Benef</i> _{9 2}
59 ou mais	<i>Benef</i> _{10 1}	<i>Benef</i> _{10 2}
Soma	$\sum_{i=1}^{10} \mathbf{Benef}_{i1}$	$\sum_{i=1}^{10} \mathbf{Benef}_{i2}$

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:

A	B	C	D	E
Faixas Etárias	Média de Beneficiários na Faixa etária i no Período 1	Média de Beneficiários na Faixa etária i no Período 2	Reajuste de Faixa Etária (RFE_i) do Painel Precificação	Preços (R\$) calculados na base 100 (Preço Faixa i)
0 até 18	$Benef_{11}$	$Benef_{12}$	-	100
19 até 23	$Benef_{21}$	$Benef_{22}$	RFE_2	$100 * \prod_{i=2}^2 (1 + RFE_i)$
24 até 28	$Benef_{31}$	$Benef_{32}$	RFE_3	$100 * \prod_{i=2}^3 (1 + RFE_i)$
29 até 33	$Benef_{41}$	$Benef_{42}$	RFE_4	$100 * \prod_{i=2}^4 (1 + RFE_i)$
34 até 38	$Benef_{51}$	$Benef_{52}$	RFE_5	$100 * \prod_{i=2}^5 (1 + RFE_i)$
39 até 43	$Benef_{61}$	$Benef_{62}$	RFE_6	$100 * \prod_{i=2}^6 (1 + RFE_i)$
44 até 48	$Benef_{71}$	$Benef_{72}$	RFE_7	$100 * \prod_{i=2}^7 (1 + RFE_i)$
49 até 53	$Benef_{81}$	$Benef_{82}$	RFE_8	$100 * \prod_{i=2}^8 (1 + RFE_i)$
54 até 58	$Benef_{91}$	$Benef_{92}$	RFE_9	$100 * \prod_{i=2}^9 (1 + RFE_i)$
59 ou mais	$Benef_{101}$	$Benef_{102}$	RFE_{10}	$100 * \prod_{i=2}^{10} (1 + RFE_i)$
Soma	$\sum_{i=1}^{10} Benef_{i1}$	$\sum_{i=1}^{10} Benef_{i2}$	-	$\sum_{i=1}^{10} Preço Faixa Etária i$

- 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.

Receita Total no Período 1 (B x E)	Receita Total no Período 2 (C x E)
$\sum_{i=1}^{10} Benef_{i1} * Preço Faixa_{i1}$	$\sum_{i=1}^{10} Benef_{i2} * Preço Faixa_{i2}$

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

Receita per capita no Período 1	Receita per capita no Período 2
$\frac{\sum_{i=1}^{10} (Benef_{i1} * Preço Faixa_{i1})}{\sum_{i=1}^{10} Benef_{i1}}$	$\frac{\sum_{i=1}^{10} (Benef_{i2} * Preço Faixa_{i1})}{\sum_{i=1}^{10} Benef_{i2}}$

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

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

ANEXO V

METODOLOGIA DE CÁLCULO DO IPCA EXPURGADO DO SUBITEM PLANO 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.

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.

O cálculo é realizado através das seguintes etapas:

Etapa I - Ponderação do IPCA

- 1) Calcula-se o novo somatório de pesos do IPCA após a exclusão do subitem Plano de Saúde.
- 2) Divide-se o peso inicial dos grupos/subgrupos que permanecem no índice pelo novo somatório de pesos.
- 3) Multiplica-se o novo peso de cada grupo/subgrupo que permanece no índice pelas variações mensais informadas pelo IBGE.

Etapa II - Cálculo do Índice

- 1) Calcula-se IPCA Expurgado acumulado dos últimos 12 meses em dezembro do ano imediatamente anterior ao da divulgação do IRPI.