

**Resposta da ANS às críticas citadas na reportagem:**

Uma das críticas feitas foi que há falhas na regulamentação - algo citado também pelo relatório do TCU - é a de que a ANS historicamente sempre favoreceu mais o mercado do que os usuários de planos. Gostaria de saber o que pensam sobre isso e também de que forma a agência se protege desse tipo de influências.

A ANS é uma agência reguladora e, como tal, sua missão é promover a defesa do interesse público e regular as operadoras de planos de saúde de forma a garantir o equilíbrio do mercado e a sustentabilidade do setor. É dever da reguladora considerar o conjunto do sistema na implementação das suas ações e atuar na organização desse mercado, atenta às suas diferentes demandas, mas, como já dito, sempre em defesa do interesse público.

Nessa linha, reconhece-se que os consumidores merecem atenção especial ante sua vulnerabilidade na relação de consumo. Nesse sentido, a Agência, desde sua criação, concentrou esforços para implementar medidas com o intuito de garantir a assistência contratada pelos beneficiários de planos de saúde, assegurar seus direitos, ampliar a qualidade do serviço prestado e reduzir conflitos entre beneficiários e operadoras – nesse ponto, merecem destaque os resultados alcançados pela intermediação de conflitos, medida da Agência que garante solução ágil para cessação dos litígios entre consumidores e operadoras. A resolutividade no âmbito da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), ferramenta usada nesse processo, reflete o sucesso do programa de intermediação: em 90% dos casos, a demanda do beneficiário é solucionada no âmbito da NIP, sem necessidade de abertura de um processo sancionador.

Outra crítica feita é a de que nos cargos de direção e diretoria passaram muitas pessoas com conflitos de interesses e muito próximas ao mercado. Inclusive recentemente o IDEC e a Abrasco pediram investigação em indicação de novo diretor da ANS.

É importante esclarecer que as indicações para o cargo de diretor são feitas pela Presidência da República, após passar por indicação do Ministério da Saúde e por avaliação da Casa Civil. Os candidatos são sabatinados na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal e, se aprovados, seguem para avaliação do plenário do Senado. Atualmente, os quatro diretores que compõem a Diretoria Colegiada da ANS são servidores públicos federais, que ingressaram no serviço público após aprovação em concurso, sendo dois servidores da própria ANS. Todos os quatro diretores possuem larga experiência de atuação na própria ANS.

"O IDEC tem uma publicação de 2007 em que já apontava vários problemas na agência como sobre os planos individuais sumirem [hoje representam cerca de 20% do mercado], sobre os reajustes abusivos nas mensalidades, tudo isso já estava apontado e a gente não viu uma tomada de decisões que afastasse essas ameaças, muito pelo contrário. A gente percebe um silêncio da ANS que agora está lidando com um acordão do TCU indicando a possibilidade de extorsões e abusos. Planos individuais estão rareando e a ANS está permitindo que pessoas físicas contratem planos como se fossem coletivos. A pauta regulatória tem ido na direção oposta da proteção ao consumidor".

Inicialmente, é preciso destacar que o setor sempre teve maior proporção de planos coletivos do que de planos individuais, uma vez que a origem do plano de saúde está diretamente relacionada ao benefício oferecido pelas empresas aos seus empregados no mercado de trabalho formal. Hoje, 484 operadoras de planos de saúde oferecem planos individuais ou familiares e o setor conta atualmente com cerca de 9,2 milhões de beneficiários em planos individuais de assistência médica. É importante salientar também que a legislação do setor não obriga que as operadoras comercializem todos

os tipos de plano, mas, caso uma operadora disponha de planos individuais ativos, ela não pode se recusar a vender a nenhum interessado. Caso isso ocorra, tal ação é passível de aplicação de multa pela ANS.

Sobre a contratação de planos empresariais, a ANS regulamentou (RN nº 432) a contratação de planos de saúde coletivos por empresário individual, no sentido de coibir abusos relacionados a esse tipo de contratação – como a constituição de empresa exclusivamente para este fim – conferindo maior segurança jurídica e transparência ao mercado. A norma estabelece que, para ter direito à contratação do plano, o empresário individual deverá apresentar documento que confirme a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como a sua regularidade cadastral junto à Receita Federal - e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente - pelo período mínimo de seis meses. E, da mesma forma, para manter o contrato, o empresário individual deverá conservar a sua inscrição nos órgãos competentes e a regularidade do seu cadastro na Receita Federal.

Também gostaria de saber o que têm a dizer sobre a ACP, explicada no site do IDEC como: “Caso a revisão dos valores aconteça em 2018, mais de 9 milhões de usuários de planos individuais e familiares serão afetados, ou seja, cerca de 20% dos consumidores do serviço assistencial terão que pagar valores abusivos calculados de forma inapropriada” e a ACP pede que “A agência só aplique a metodologia este ano quando corrigir o que está em duplicidade; O Judiciário reconheça a ilegalidade dos reajustes autorizados pela agência reguladora de 2009 em diante; A ANS divulgue em seu site e em jornais de grande circulação o reajuste como deveria efetivamente ter sido aplicado, para que os consumidores saibam o que pagaram a mais; A agência compense os reajustes a mais com descontos nos percentuais de aumento dos próximos três anos; O órgão regulador pague uma indenização por danos coletivos ao Fundo de Direitos Difusos”.

A ANS ressalta que, ao contrário do informado pelo IDEC, o acórdão do TCU não apontou nenhuma ilegalidade relacionada ao reajuste máximo dos planos individuais definido pela Agência em anos anteriores. As recomendações emanadas buscam aprimoramentos metodológicos e de procedimentos, estando em linha com o desejo da própria ANS de melhorar seu processo regulatório.

Observando a boa prática de dar publicidade de seus atos, os percentuais de reajuste aplicados aos planos individuais, desde 2000, estão publicados na página da ANS na internet, assim como as informações sobre a forma de cálculo: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-pr-ecos-de-planos-de-saude/historico-de-reajuste-por-variacao-de-custo-pessoa-fisica>

Por fim, a Agência reitera seu compromisso de buscar o constante aprimoramento da regulação por meio da boa técnica, do diálogo e da participação social, lamentando o viés pró-judicialização de entidades que buscam criar comoção e conflitos em prol de seus interesses.

#### Sobre o acórdão do TCU

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) esclarece que o acórdão do TCU citado não apontou nenhuma ilegalidade relacionada ao reajuste máximo dos planos individuais ou familiares definido em anos anteriores. As recomendações emanadas pelo órgão buscam aprimoramentos metodológicos e de procedimentos, estando em linha com o desejo da própria ANS de melhorar seu processo regulatório, conforme ampla discussão social iniciada no [Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos](#). Por esses motivos, a ANS vem trabalhando para aprimorar a metodologia de cálculo do reajuste dos planos individuais ou familiares.

Sobre o reajuste anual dos planos individuais ou familiares, cujo índice máximo é definido pela ANS, cabe destacar que a metodologia de cálculo tem sólida base técnico-econômica e leva em consideração a média ponderada dos percentuais de reajuste aplicados pelas operadoras aos planos coletivos com mais de 30 beneficiários. O índice de reajuste é composto pela variação da frequência de utilização de serviços, pela incorporação de novas tecnologias e pela variação dos custos de saúde, caracterizando-se como um índice de valor - não sendo possível, portanto, compará-lo com índices de preços.

A fim de assegurar a justeza de sua política de reajustes, a ANS tem monitorado ano a ano o comportamento dos reajustes autorizados frente à evolução das despesas médico-hospitalares no setor e esses estudos permitem inferir que não houve desequilíbrio na aplicação do índice.

Seguindo a boa prática de dar transparência aos seus atos, a ANS disponibiliza em sua página na internet os percentuais de reajuste aplicados aos planos individuais desde 2000, assim como as informações sobre a forma de cálculo: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-precos-de-planos-de-saude/historico-de-reajuste-por-variacao-de-custo-pessoa-fisica>.

No segmento de planos coletivos (empresariais e por adesão) a partir de 30 vidas, como a contratação se dá através de negociação entre duas pessoas jurídicas, com maior poder de barganha do contratante, a ANS não determina o índice máximo de reajuste anual. E para proteger o beneficiário que adquire planos coletivos com poucas vidas (até 30 beneficiários), a ANS dispõe de norma que obriga as operadoras de planos de saúde a aplicar o reajuste pelo chamado pool de risco, ou seja: deve reunir todos os contratos com poucas vidas para aplicação do mesmo percentual de reajuste, fazendo com que o risco individualizado de cada contrato seja diluído dentro do grupo.

Embora a ANS não determine o índice de reajuste anual dos planos coletivos, a Agência o monitora e estipula regras para a sua aplicação, tais como: obrigatoriedade de comunicação do índice aplicado e de informações no boleto de pagamento e fatura; impossibilidade de discriminação de preços e reajustes entre beneficiários de um mesmo contrato e produto; obrigatoriedade de disponibilização à pessoa jurídica contratante da memória de cálculo do reajuste e metodologia utilizada por meio do Portal de Informações da Saúde Suplementar (PIN-SS).

Cabe destacar que tanto os planos individuais ou familiares quanto os planos coletivos (empresariais e por adesão) são regulados pela ANS e devem cumprir as exigências do órgão regulador com relação à assistência prestada e à cobertura obrigatória.