

GRUPO II – CLASSE V – Plenário

TC 021.852/2014-6

Natureza: Relatório de Auditoria

Entidade: Agência Nacional de Saúde Suplementar

Responsáveis: André Longo Araújo de Melo (768.999.934-49); Fausto Pereira dos Santos (341.674.631-72); Januário Montone (724.059.888-87); José Carlos de Souza Abrahão (432.476.607-04); Martha Regina de Oliveira (072.023.127-27); Mauricio Ceschin (064.056.448-80)

Representação legal: não há

SUMÁRIO: RELATÓRIO DE AUDITORIA. AÇÕES DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR ALUSIVAS AO REAJUSTAMENTO DOS PLANOS DE SAÚDE. IDENTIFICAÇÃO DE FALHAS DA AUTARQUIA NA AFERIÇÃO DA FIDEDIGNIDADE E NA ANÁLISE CRÍTICA DAS INFORMAÇÕES PRODUZIDAS PELAS OPERADORAS. DETERMINAÇÕES E RECOMENDAÇÕES. ARQUIVAMENTO.

## RELATÓRIO

Adoto como parte do relatório, com os ajustes de forma pertinentes, excertos da peça final produzida pela equipe de fiscalização da Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde):

### “1 INTRODUÇÃO

#### **1.1 Identificação simplificada do objeto de auditoria**

1. *Trata-se de Auditoria Operacional na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), decorrente do Acórdão 2.485/2012-TCU-Plenário (TC 030.285/2012-7), com o objetivo de avaliar as ações da ANS referentes aos reajustes anuais dos planos de saúde suplementar, abrangendo os planos individuais e coletivos.*

.....

#### **1.2 Antecedentes**

3. *Os planos de saúde iniciaram sua trajetória no Brasil à margem de qualquer regulamentação. Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), surgindo nos anos 1930, em substituição às Caixas de Aposentadorias e Pensões, eram organizados por categoria profissional, financiados por contribuições de empregadores e empregados e ofereciam, além de cobertura previdenciária, assistência médica por meio de ambulatórios e hospitais próprios e de prestadores privados.*

4. *Nos anos 1940, surgiram os primeiros planos próprios de empresas, como a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), mas foi a intensificação do processo de industrialização na década de 1950 que gerou uma demanda por um sistema de proteção mais estruturado ao trabalhador.*

5. *A partir de então, os IAPs foram unificados, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a população beneficiária foi expandida, proporcionando o crescimento do mercado de serviços de assistência médica, foram criados os convênios-empresa, que permitiam que a empresa prestasse assistência à saúde de seus funcionários em troca da dispensa de recolher as contribuições previdenciárias.*

6. *O marco regulatório do setor teve início com a edição do Decreto-Lei 73, de 1966, que dispôs sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados e, entre outros assuntos, regulou as operações de seguro. Todavia, a regulamentação aplicava-se somente às seguradoras, devendo-se ressaltar que as operadoras de planos de saúde podem constituir-se também como cooperativas, medicinas de grupo e autogestões.*
7. *Até então, não havia regulamentação quanto à limitação de cobertura assistencial, reajustes, exclusão de beneficiários, rescisão contratual, doenças e lesões preexistentes e sobre carências. Nesse contexto, movimentos de defesa do consumidor, associação de portadores de patologias específicas, entidades representativas dos profissionais de saúde pressionaram os Poderes Executivo e Legislativo pela regulamentação do setor.*
8. *Por conseguinte, veio o marco legal da regulação dos planos de saúde, com a edição da Lei 9.656, de 3/6/1998 (Lei de Planos de Saúde), alterada, já no dia seguinte, por meio da Medida Provisória 1.665, de 4/6/1998. Posteriormente, a medida provisória teve 45 reedições, até a edição da MP 2.177-44/2001, que continua em vigor por força do disposto no art. 2º da Emenda Constitucional 32/2001.*
9. *Inicialmente, a regulação e a fiscalização do setor competia à Superintendência de Seguros Privados (Susep), vinculada ao Ministério da Fazenda, que deveria ouvir o Ministério da Saúde para apreciação de questões concernentes a coberturas e aspectos sanitários e epidemiológicos relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares.*
10. *No ano seguinte à criação da Lei de Planos de Saúde, mediante a MP 2.012-2, de 30/12/1999 (convertida na Lei 9.961, de 28/1/2000), foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar, a quem compete regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.*
11. *O acompanhamento da atuação da ANS, por parte do TCU, é questão relevante, visto que atualmente cerca de 48 milhões de brasileiros possuem planos de assistência à saúde suplementar.*
- .....

### **1.3 Objetivos e escopo da auditoria**

15. *A presente auditoria tem por fim avaliar as ações da ANS referentes aos reajustes dos planos privados de assistência suplementar à saúde, abrangendo os planos individuais e coletivos, e identificar oportunidades de melhoria.*
16. *O percentual máximo de reajuste anual dos planos individuais é definido pela Agência Reguladora. Por sua vez, os reajustes dos planos coletivos são definidos livremente pelas operadoras, enquanto a ANS, neste caso, atua apenas mediante monitoramento dos preços praticados no mercado.*
17. *Os percentuais de reajuste por faixa etária deverão ser fixados por cada operadora, observadas as faixas etárias e as condições estabelecidas na Resolução Normativa (RN) 63/2003. Da mesma forma, os reajustes dos planos exclusivamente odontológicos também são definidos pelas operadoras, conforme as disposições da RN 172/2008.*
18. *Durante a fase de planejamento, especialistas entrevistados manifestaram preocupação com a sustentabilidade do setor, considerando o aumento dos custos na saúde suplementar em percentuais superiores à inflação, e com a limitada capacidade de pagamento dos consumidores, diante de reajustes também superiores à inflação.*
19. *Em razão da necessidade de delimitar o objeto desta auditoria, foi definido como seu objetivo específico verificar a atuação regulatória da Agência quanto aos reajustes anuais dos planos médico-hospitalares e se os procedimentos e mecanismos utilizados pela ANS são suficientes para garantir a sustentabilidade do mercado e a não onerosidade excessiva dos consumidores. A avaliação das ações da ANS destinadas a informar e atender os beneficiários quanto aos reajustes das mensalidades também constou como objetivo do presente trabalho.*
20. *Esses temas foram traduzidos no problema de auditoria e nas questões de auditoria abaixo apresentados:*

**Problema de auditoria:**

*O tema 'reajuste dos planos de saúde' tem grande relevância por afetar mais de 50 milhões de pessoas, detentoras de planos individuais e coletivos. As operadoras definem os percentuais de reajuste dos planos coletivos que são utilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar no cálculo do percentual de reajuste dos planos individuais, o que tem gerado reclamações dos consumidores quanto a aumentos abusivos, assim como reclamações das operadoras por considerar o índice insuficiente para cobrir o aumento dos custos. Os prestadores de serviço, por sua vez, reclamam do não repasse desses reajustes. Em razão disso, ganha importância a avaliação da atuação da ANS no processo de reajuste dos planos de saúde, médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica, com o objetivo de apontar oportunidades para melhoria do desempenho da Agência.*

**Questões de auditoria:**

*1. Como se dá a atuação da ANS na regulação dos reajustes de planos coletivos?*

*1.1. Os procedimentos e mecanismos utilizados pela ANS na regulação dos reajustes são adequados e suficientes para a atuação da Agência?*

*1.2. A atuação regulatória da ANS possibilita que os reajustes dos planos de saúde coletivos não onerem excessivamente o consumidor e, ao mesmo tempo, garantam a sustentabilidade do mercado?*

*2. Como se dá a atuação da ANS na regulação dos reajustes de planos individuais?*

*2.1. Os procedimentos e mecanismos utilizados pela ANS na definição do teto dos reajustes são adequados e suficientes?*

*2.2. A atuação regulatória da ANS possibilita que os reajustes dos planos de saúde individuais não onerem excessivamente o consumidor e, ao mesmo tempo, garantam a sustentabilidade do mercado?*

*3. A ANS adota ações destinadas ao atendimento dos beneficiários quanto aos reajustes das mensalidades?*

**1.4 Critérios**

*21. Os critérios utilizados foram a Lei 9.656, de 3/6/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e a Lei 9.961, de 28/1/2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar e definiu suas competências, além da RN ANS 171/2008, que estabelece critérios para aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde.*

**1.5 Metodologia**

*24. Durante a execução da auditoria operacional conduzida no âmbito da SecexSaúde, as principais atividades realizadas foram: análise de normativos e de informações e documentos requisitados à ANS; consulta a publicações, como livros, revistas especializadas e relatórios técnicos, além de monografias e teses disponíveis em sites na internet; e reuniões com gestores da ANS e realização de entrevistas com especialistas e profissionais do setor.*

*30. Não houve, por parte dos auditados, a imposição de qualquer limitação ou restrição aos trabalhos desta equipe. Uma limitação encontrada pela equipe de auditoria foi a dificuldade para estabelecer comparações entre a atuação da ANS e agências reguladoras de saúde suplementar de outros países, devido às especificidades de cada mercado.*

*31. A versão preliminar do relatório de auditoria operacional foi encaminhada, por meio do Ofício 0273/2015-TCU/SecexSaúde, de 7/5/2015, para manifestação dos gestores da ANS, cujos*

comentários foram enviados ao Tribunal por meio da Nota 08/2015/PRESI/ANS, de 15/6/2015 (peça 80). As informações e argumentos dos gestores que foram importantes para esclarecer pontos do relatório e foram suficientes para alterar o entendimento da equipe de auditoria foram considerados nos tópicos específicos do relatório revisado (peça 82), e, subsequentemente às manifestações dos dirigentes da unidade técnica, o relatório de auditoria foi encaminhado ao Relator para apreciação.

32. Todavia, em despacho do dia 16/3/2016, o Exmo. Ministro-Relator determinou que a Unidade Técnica realizasse uma análise mais aprofundada sobre a evolução dos preços de mercado dos serviços de saúde e reavaliasse as propostas de deliberações em face das competências da Agência Reguladora e da recente edição de normativos pela ANS (peça 85). Em decorrência desta determinação, foram realizadas novas requisições de informações (...).

33. As informações colhidas levaram à reestruturação dos achados, e, dada a relevância das modificações realizadas em virtude do despacho do Exmo. Ministro-Relator, entendeu-se necessário que o relatório ajustado fosse submetido novamente aos comentários dos gestores, de forma a atender o que preconiza o manual de auditoria operacional.

34. Os comentários foram apresentados por meio do Memorando 258/2017/Presi de 23/3/2017 e seus apensos Nota 49/2017/Gefap/Dipro (peça 111, p. 3-52), Memorando 14/2017/Dirad/Diges (peça 111, p. 53-55) e Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI) 2016-2018 (peça 111, p. 56-73), todos encaminhados por meio do Ofício 14/2017 AUDIT/ANS de 23/3/2017, cuja análise é feita na presente instrução, juntamente a observações adicionais feitas pela equipe de auditoria.

35. Adicionalmente, consigna-se que, antes da conclusão do relatório definitivo, por solicitação da ANS foi realizada reunião nesta unidade técnica, em 19/6/2017, conforme registro de peça 112, ocasião em que quatro gestores, acompanhados do chefe da Auditoria Interna da ANS, prestaram esclarecimentos adicionais e fizeram ponderações com o fito de que fossem sanadas eventuais incompreensões ou interpretações equivocadas, de forma a contribuir para que o relatório final retratasse o esforço e as ações realizadas pela unidade jurisdicionada no cumprimento de sua missão.

36. Ressalte-se que a ANS, no curso da auditoria, enviou informações relativas à margem de lucro sobre a receita e retorno sobre o patrimônio líquido das operadoras, conforme solicitado pela equipe de auditoria, tendo manifestado preocupação quanto ao tratamento dos dados, considerando o grau de confidencialidade e o potencial impacto na concorrência do setor e no equilíbrio econômico-financeiro do mercado. Os dados encaminhados não foram incluídos neste relatório e não houve prejuízo às conclusões do trabalho.

37. A ANS também apresentou documentos considerados de caráter restrito emitidos pela Secretaria de Acompanhamento Econômico do Ministério da Fazenda. Entretanto, consoante a Nota Técnica 72/COGIR/SEAE/MF, de 2/7/2014 (peça 39, p. 15-24), aquele órgão classifica o Documento Preparatório como sendo restrito até a adoção de ato decisório relacionado, conforme o Decreto 7.724, de 2012, art. 20, parágrafo único. Assim, considerando que a ANS já deliberou sobre o reajuste de planos de saúde para o biênio 2014-2015, a referida nota técnica é mencionada neste relatório.

## 2 VISÃO GERAL

40. O sistema de saúde brasileiro pode ser subdividido em pelo menos quatro grandes grupos a partir do seu financiamento: i) o Sistema Único de Saúde, de acesso universal, gratuito e financiado com recursos públicos (impostos e contribuições); ii) o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores; iii) o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares, de acesso restrito a essas clientelas, financiado com recursos públicos e dos próprios servidores – junto com o anterior forma os chamados sistemas de ‘clientela fechada’; e iv) o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato *out-of-pocket* (RIBEIRO *et. al*,

2006).

41. *De acordo com o estabelecido na Constituição da República, art. 196, cabe ao Estado prestar prioritariamente os serviços de saúde, de modo universal e igualitário; no entanto, é evidente a precariedade do sistema público de atendimento:*

*‘Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.’*

42. *Consoante o art. 197, caput, da Constituição Federal, embora o Estado tenha determinado que os serviços de saúde são de relevância pública, permitiu que tais serviços fossem prestados por terceiros, pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. O art. 199, caput, é ainda mais claro ao assegurar que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Assim, além dos serviços de saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a Constituição admite que pessoas físicas e jurídicas de direito privado (médicos, hospitais, clínicas, operadoras de planos de saúde) prestem esses serviços mediante uma contraprestação dos usuários:*

*‘Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.’*

*‘Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.’*

43. *Nos termos do § 1º do art. 199 da CF, as instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS. Assim, as entidades privadas que celebram contratos de direito público ou convênio com o SUS passam a integrar o sistema público de saúde, razão pela qual se submetem aos princípios e diretrizes que orientam o serviço público:*

*‘Art. 199. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.’*

44. *Diz-se complementar porque essa participação das entidades privadas no SUS só ocorrerá quando o sistema público não possuir meios suficientes para suprir as necessidades da população. Nos termos do art. 24 da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19/9/1990):*

*‘Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.*

*Parágrafo único: A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.’*

45. *Isso posto, a assistência à saúde não constitui um monopólio do Estado. No entanto, por se tratar de um direito fundamental de relevância pública, quando prestada por entidade privada, está submetida à regulamentação, fiscalização e controle do poder público.*

46. *Tanto a saúde complementar quanto a suplementar são prestadas por entidades privadas. Entretanto, a saúde complementar segue as mesmas diretrizes e princípios do SUS, enquanto que a saúde suplementar rege-se por princípios de direito privado. Portanto, essa assistência à saúde exercida por entidades privadas, financiada diretamente pelo usuário, caracteriza o setor chamado de saúde suplementar, que está sujeito às normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).*

## 2.1 Atribuições da ANS

47. *A Agência Nacional de Saúde Suplementar, instituída pela Lei 9.961, de 2000, regulamentada pelo Decreto 3.327, de 2000, tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país.*

48. *Compete à ANS, entre outras atividades: propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar; estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras; fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras; estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e cobertura; expedir normas e padrões para homologação de reajustes e revisões; monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde; autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde; fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde; aplicar penalidades; estimular a competição no setor de planos privados; zelar pela qualidade dos serviços; e administrar e arrecadar as taxas instituídas pela Lei 9.961, de 2000.*

49. *A Lei 9.656, de 1998 (Lei de Planos de Saúde), por sua vez, criou o Conselho de Saúde Suplementar (Consu), órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para: estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar; aprovar o contrato de gestão da ANS; supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS; fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar; e deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões. Integram o Consu: o Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente, e os Ministros da Saúde, da Fazenda, da Justiça e do Planejamento, Orçamento e Gestão. O Presidente da ANS participa das reuniões do Consu, na qualidade de Secretário.*

## 2.2 Planos Privados de Assistência à Saúde

50. *De acordo com o art. 1º, inciso I, da Lei 9.656, de 1998, Plano Privado de Assistência à Saúde compreende todas as atividades que constituem:*

*‘prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.’*

51. *Neste relatório, adotam-se indistintamente os termos operadoras de planos de assistência à saúde ou simplesmente operadoras; e planos privados de assistência à saúde ou planos de saúde. Os termos beneficiários, usuários ou consumidores referem-se a pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica. O pagamento dos serviços prestados pela operadora é na forma de mensalidade, denominada de contraprestação pecuniária.*

52. *Na definição de plano privado de assistência à saúde, incluem-se também os seguros-saúde, que custeiam o atendimento dos participantes somente sob a forma de reembolso. Não há distinção do ponto de vista da aplicação da lei entre os planos de saúde e os seguros-saúde.*

### 2.3 Classificações dos planos de saúde de acordo com características contratuais

53. Os planos de saúde podem ser classificados de acordo com diferentes critérios. Para este trabalho, as classificações mais importantes relacionam-se à modalidade e à época da contratação.

54. Quanto à modalidade de contratação, o plano de saúde pode ser: **individual ou familiar**, quando, de acordo com a RN-ANS 195/2009, é livre a adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar; ou **coletivo**, quando a contratação do plano está vinculada à existência de uma relação prévia entre o consumidor e a pessoa jurídica contratante do plano.

55. Os planos coletivos são chamados de **coletivos empresariais** quando a adesão ao plano está limitada à população que possua uma relação empregatícia ou estatutária com a pessoa jurídica contratante do plano (art. 5º da RN-ANS 195/2009). Já os planos **coletivos por adesão** oferecem cobertura à população que mantenha vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com conselhos profissionais e entidades de classe, sindicatos, centrais sindicais, associações profissionais, cooperativas, caixas de assistência e outras pessoas jurídicas (art. 9º da RN-ANS 195/2009). O ingresso do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no contrato do plano de saúde e do cumprimento das condições previstas nos arts. 5º, § 2º, e 9º, § 2º, da RN-ANS 195/2009. Entre os coletivos, tanto os contratos empresariais como os por adesão podem ter contratos com ou sem patrocinador.

56. Quanto à data de assinatura do contrato, os planos podem ser antigos, novos ou adaptados. Um contrato é chamado **'novo'** se foi assinado a partir de 2/1/1999, quando entrou em vigor a Lei 9.656, de 1998, que regulamenta o setor de planos de saúde. Por sua vez, são chamados **'antigos'** os contratos de planos de saúde assinados antes de 2/1/1999.

57. Há ainda os planos **'adaptados'**, que são aqueles cujos contratos foram assinados antes da entrada em vigor da Lei 9.656, de 1998, mas que passaram por processo de adaptação às regras previstas na lei. A adaptação depende do conteúdo do contrato original, mas geralmente há mudanças em cláusulas de reajuste e cobertura. As cláusulas que não conflitam com a Lei de Planos de Saúde permanecem inalteradas.

### 2.4 Operadoras de planos de saúde

58. Neste relatório, adotam-se os termos operadoras médico-hospitalares de planos de assistência à saúde ou simplesmente operadoras. Destaque-se que as operadoras são classificadas como seguradoras, autogestões, cooperativas médicas, filantropias ou medicinas de grupo. Esta classificação relaciona-se com a forma de constituição da pessoa jurídica, mas não há diferenciação no tocante à regulação da ANS quanto aos reajustes dos planos de saúde.

59. As operadoras que operam na modalidade de **autogestão** oferecem serviços de assistência à saúde a empregados ativos de uma ou mais empresas, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos. A autogestão em saúde não tem fins lucrativos. Os serviços podem ser ofertados diretamente pelo departamento de recursos humanos das empresas ou por outra organização administrada pelos empregados, associações ou sindicatos. O empregador pode contribuir ou não para o custeio do plano de saúde. Desta forma, diz-se que o plano pode ter ou não patrocinador.

60. As **cooperativas médicas** são operadoras que se constituíram na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos, nos termos da Lei 5.764, de 16/12/1971, para comercializar ou operar planos de assistência à saúde. A principal operadora de planos de saúde constituída sob esta forma é a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (Unimed do Brasil).

61. As operadoras **filantrópicas** são entidades sem fins lucrativos que possuem certificado de entidade filantrópica. Não são, obrigatoriamente, planos dirigidos a pessoas carentes ou que praticam preços menores.

62. As operadoras chamadas de **medicina de grupo** são aquelas que surgiram ligadas a hospitais e grupos médicos. Inicialmente, seus filiados eram atendidos nos hospitais do grupo.

Atualmente, os beneficiários podem ser atendidos em hospitais e clínicas que fazem parte ou não do grupo hospitalar, ou por prestadores particulares mediante reembolso das operadoras. As principais operadoras constituídas sob essa modalidade são Amil, Dix Saúde, Intermédica, Hapvida e Golden Cross.

63. As operadoras constituídas sob a forma de sociedades **seguradoras** já operavam anteriormente à entrada em vigor da Lei 9.656, de 1998, sob a égide do Decreto-Lei 73, de 1966, que regula as operações de seguro e resseguro. O art. 2º da Lei 10.185/2001 enquadrou o seguro saúde como plano privado de assistência à saúde, e a sociedade seguradora especializada em saúde como operadora de plano de assistência à saúde. As sociedades seguradoras que já operavam o seguro saúde, conjuntamente com outros ramos de seguros, tiveram que se especializar, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades, e passaram a ter suas atividades disciplinadas pela ANS. No início de suas operações ofertavam assistência à saúde somente sob a forma de reembolso. Atualmente, mantêm rede credenciada e atuam de forma semelhante à medicina de grupo e às cooperativas. Algumas das grandes operadoras de planos de saúde são seguradoras, como a Sul América, a Bradesco Saúde e a Porto Seguro Saúde.

64. As operadoras **exclusivamente odontológicas** são constituídas tanto sob a forma de odontologia de grupo como sob a forma de cooperativa odontológica.

65. As **Administradoras de Benefícios** são empresas que gerenciam planos ou serviços de assistência à saúde. Não possuem rede própria ou credenciada e não podem ter nenhum beneficiário direto. As administradoras podem, por sua vez, contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para pessoas jurídicas legitimadas para contratar, bem como oferecer planos de saúde para os associados dessas pessoas jurídicas contratantes. Não se enquadram como administradoras de benefícios os corretores regulamentados pela Lei 4.594/1964.

66. De acordo com consulta efetuada no **site** da ANS, em agosto de 2016, havia 839 operadoras com registro ativo, sendo que: 39 não possuíam beneficiários; 468 possuíam entre um e 20.000 beneficiários, sendo classificadas como de pequeno porte; 252 possuíam entre 20.001 a 100.000 beneficiários, sendo classificadas como de médio porte; e 80 possuíam mais de 100.001 beneficiários, sendo classificadas como de grande porte.

## 2.5 Aspectos econômico-financeiros do setor de saúde suplementar

67. Com o fim de contextualizar a situação financeira que envolve o setor de saúde suplementar, já que o presente trabalho aborda os reajustes dos planos de saúde, apresentam-se aqui alguns aspectos econômicos e financeiros do setor.

68. Conforme dados apresentados pela ANS, no Caderno de Informações da Saúde Suplementar, de dezembro de 2014, no exercício de 2013, as empresas operadoras de planos de saúde médico-hospitalares, englobando todas as modalidades, tiveram receita de contraprestações de R\$ 108,5 bilhões. Comparativamente, a dotação orçamentária da União para a Função Saúde em 2013 foi da ordem de R\$ 89 bilhões. Em 2014, conforme dados constantes no sistema TabNet da ANS, a receita de contraprestações das operadoras foi de R\$ 124 bilhões.

69. A receita das operadoras médico-hospitalares no ano de 2013 cresceu 16,5% em relação ao ano de 2012. A tabela seguinte mostra a evolução da receita do setor no período de 2009 a 2015.

**Tabela 1 – Evolução da Receita do Setor de 2009 a 2015 (em R\$)**

Modalidade da operadora	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Autogestão	8.521.568.550	9.417.811.131	10.610.619.768	12.322.053.586	14.394.582.686	16.297.092.109
Cooperativa médica	26.445.075.707	30.057.613.038	33.966.639.294	37.988.869.488	43.933.254.936	47.632.366.834
Filantropia	1.797.415.107	1.965.013.364	2.139.343.139	2.298.838.384	2.163.010.853	2.097.605.365
Medicina de grupo	22.058.116.813	24.459.353.793	27.742.901.439	31.605.848.883	35.667.516.296	40.534.551.247
Seguradora	14.095.959.530	16.705.900.969	18.672.474.531	24.322.394.189	28.465.624.248	32.758.644.972

<b>Total</b>	<b>72.918.135.707</b>	<b>82.605.692.295</b>	<b>93.131.978.171</b>	<b>108.538.004.530</b>	<b>124.623.991.033</b>	<b>139.320.260.527</b>
--------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	------------------------	------------------------	------------------------

Fonte: Caderno de Informações da Saúde Suplementar.

70. Deve-se observar que as operadoras da modalidade autogestão passaram a informar suas receitas, obrigatoriamente, a partir de 2010. As autogestões administradas pelo departamento de recursos humanos das empresas não são obrigadas a enviar informações financeiras.

71. Segundo a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), no período de quatro trimestres encerrado em 30/6/2014, a receita obtida pelo setor suplementar de saúde no Brasil cresceu 18% na comparação com os quatro trimestres imediatamente anteriores, somando R\$ 121,5 bilhões. Estimativa da Confederação Nacional de Saúde (CNS) aponta que o setor de saúde tem participação de 10,2% no Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil.

72. As despesas das operadoras de planos de saúde são classificadas em assistenciais e administrativas. As despesas assistenciais são aquelas resultantes de toda e qualquer utilização das coberturas contratadas pelo beneficiário, enquanto as despesas administrativas englobam pagamento de pessoal, gastos com comercialização e divulgação, por exemplo.

73. As despesas assistenciais alcançaram, em 2013, a soma de R\$ 90,9 bilhões (83,77%), e as despesas administrativas somaram R\$ 14,1 bilhões (12,99%). No entanto, as informações apresentadas não possibilitam detalhamento dos gastos, inclusive não estão identificados R\$ 3,5 bilhões (3,22%).

74. Por meio dos comentários dos gestores em relação ao relatório preliminar de auditoria, a ANS afirmou que, ao subtrair da receita de 2013 a despesa assistencial e a despesa administrativa, restariam aproximadamente os R\$ 3,5 bilhões mencionados no parágrafo anterior, os quais poderiam ser enquadrados como lucro das operadoras, por exemplo. A confirmação do cálculo demandaria a efetiva verificação da contabilidade das operadoras. Contudo, a Agência ressalta que todas as despesas e receitas das operadoras de planos de saúde devem ser auditadas por empresa de auditoria independente.

75. A próxima tabela demonstra a evolução das despesas assistenciais das operadoras de planos de saúde de 2009 a 2015. No ano de 2013, as operadoras de planos de saúde despenderam R\$ 90,9 bilhões em despesas assistenciais (83,7% da receita no ano), um aumento de cerca de 15% em relação ao ano de 2012. Em 2014, as despesas assistenciais foram de R\$ 105,8 bilhões (84,9% da receita do ano), uma elevação de 16,5% em relação a 2013:

Tabela 2 – Evolução das Despesas Assistenciais de 2010 a 2015 (em R\$)

Modalidade da operadora	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Autogestão	7.601.405.964	8.631.632.257	9.922.803.303	11.392.399.222	13.377.204.049	15.673.637.987
Cooperativa médica	21.337.731.129	24.591.041.348	28.064.141.781	31.752.603.097	36.807.399.885	39.798.676.168
Filantropia	1.425.983.381	1.587.159.356	1.761.935.790	1.892.133.679	1.741.788.281	1.609.266.570
Medicina de grupo	17.355.728.824	19.401.609.193	22.532.931.617	26.028.476.658	29.431.542.622	32.550.527.274
Seguradora	11.453.439.903	13.885.993.169	16.815.708.353	19.846.003.496	24.476.223.907	28.257.354.090
<b>Total</b>	<b>59.174.289.201</b>	<b>68.097.435.323</b>	<b>79.097.520.844</b>	<b>90.911.616.152</b>	<b>105.834.160.758</b>	<b>117.889.462.089</b>

Fonte: Caderno de Informações da Saúde Suplementar.

76. A relação entre a receita das operadoras e os gastos com despesas assistenciais resulta na 'sinistralidade', percentual que serve de parâmetro para os reajustes dos planos coletivos. A sinistralidade média do mercado de planos de saúde tem ficado em torno de 80%. Muitas operadoras trabalham com uma sinistralidade-teto na definição do percentual de reajuste, por exemplo, buscando compensar em um ano as despesas que excederam a sinistralidade esperada no ano anterior. A próxima tabela demonstra a evolução das despesas administrativas das operadoras de planos de saúde. O crescimento destas despesas gira em torno de 6,6% ao ano:

Tabela 3 – Evolução das Despesas Administrativas (em R\$)

Modalidade	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Autogestão	1.053.139.728	1.233.711.823	1.450.078.100	1.450.851.637	1.661.858.587	1.977.572.102
Cooperativa Médica	3.578.126.473	3.984.466.677	4.387.107.107	4.691.417.970	5.074.197.053	5.524.660.794
Filantropia	2.092.112.644	2.057.259.805	1.726.056.800	1.742.111.870	1.653.154.412	1.756.386.797
Medicina de Grupo	3.224.845.654	3.413.141.048	3.847.572.962	4.206.095.781	4.207.303.895	4.700.288.439

Seguradora	953.042.857	1.022.534.710	1.178.566.079	1.285.288.228	1.512.100.436	1.719.230.211
Total	10.901.267.356	11.711.114.063	12.589.381.048	13.375.765.486	14.108.614.383	15.678.140.357

Fonte: ANS: Caderno de Informações da Saúde Suplementar de dezembro de 2014 (dados de 2014, sistema TabNet da ANS).

77. Conforme análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde realizada em 2010 por Germany Gonçalves Veloso e Ana Maria Malik, no artigo 'Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde', a rentabilidade de hospitais com maiores receitas não parece diferir significativamente da de outras empresas da economia. Observou-se também que não existe distinção significativa entre hospitais com e sem finalidade lucrativa, no que diz respeito à margem de lucros antes de juros, impostos, depreciação e amortização, margem líquida e retorno sobre ativos totais. Com relação ao Retorno sobre o Patrimônio Líquido, quanto maior o hospital ou a operadora de planos de saúde, maior a possibilidade de terem valores similares aos de outras empresas da economia em geral. Ou seja, em relação aos hospitais que têm grandes receitas, é possível que eles sejam tão rentáveis como qualquer outra empresa pode ser.

78. Quanto à lucratividade das empresas operadoras de planos de saúde, de acordo com informações externadas por dirigente da ANS, em reunião realizada para a apresentação da matriz de achados, as operadoras têm apresentado lucro em torno de 2%, com base em informações apresentadas pelas próprias empresas. A respeito da confiabilidade de tais informações, discorre-se, no tópico 6 deste relatório, sobre a necessidade de se intensificar o controle das informações enviadas pelas operadoras.

## 2.6 Importância da atuação regulatória nos reajustes

79. De acordo com Ana Carolina Maia (e outros), no estudo sobre a regulação do setor brasileiro de planos de saúde, desenvolvido no âmbito do Programa de Assistência ao Crescimento Equitativo e Sustentável – PACE – BIRD – 72530 – BR, a importância da regulação da atividade do setor privado é em função principalmente da necessidade de resposta frente às falhas de mercado ou ineficiências do setor.

80. A regulação do sistema privado deve atender aos objetivos de minorar os problemas de assimetrias e falhas do mercado, os quais podem tornar a alocação de equilíbrio ineficiente. Algumas dessas falhas podem resultar, potencialmente, em: exclusão ou discriminação parcial/total de pacientes, desequilíbrio financeiro dos ofertantes, expressivos aumentos no prêmio ou mesmo falta de competição no mercado. Dessa forma, um modelo regulatório eficiente deve dispor de capacidade institucional que possa não só atuar sobre a legislação, mas também monitorar estratégias e implementar mecanismos de correção no mercado.

## 2.7 Princípios de Regulação na Saúde Suplementar

81. Em tese de Mestrado Profissionalizante em Regulação de Saúde Suplementar, sob o título 'A informação na regulação da saúde suplementar' (Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2004), Rigoleta Dutra Mediano Dias destaca que os princípios da regulação são importantes principalmente porque os investidores estão sempre atentos quanto ao grau de independência e da abrangência da política na regulação. Conforme cita, segundo o Fórum de Reguladores de Serviços na Austrália (1999), nove princípios de 'boas práticas' na regulação devem ser considerados:

- 1) comunicação/informação de forma acessível para os atores envolvidos;
- 2) participação de todos os atores através de encontros/consultas públicas;
- 3) consistência entre todos participantes do mercado;
- 4) previsibilidade das ações, auxiliando no planejamento de todos os envolvidos;
- 5) flexibilidade, utilizando instrumentos apropriados em resposta às mudanças de condições;
- 6) independência/autonomia, redução ao mínimo das influências políticas;

- 7) efetividade e eficiência: custo efetividade baseado na coleta de dados e nas políticas;
- 8) confiabilidade: processos bem definidos possibilitando a tomada de decisão; e
- 9) transparência, abertura de todos os processos que envolvem a regulação.

82. Dias menciona ainda Berg (Berg, S., 1997, *in Introduction of Fundamentals of incentive regulation – University of Florida*), para quem os princípios da regulação devem se basear nos seguintes aspectos: profundo conhecimento por parte do regulador do sistema operacional e administrativo do regulado; habilidade do regulador para monitorar o regulado; preocupação permanente quanto à minimização dos custos administrativos introduzidos pela regulação; motivação do regulado; credibilidade dos agentes regulados de que o processo será conduzido com enfoque técnico, sem condução política ou ideológica; e estrutura do mercado deve ser permanentemente levada em consideração pelo regulador.

## 2.8 Informações gerais sobre reajustes dos planos de saúde

83. Em sua página eletrônica, a ANS divulga a existência de três diferentes tipos de reajuste de planos de saúde: por variação de custos, na data de aniversário do plano; por mudança de faixa etária; e por revisão técnica.

84. O reajuste por mudança de faixa etária está regulamentado pela Resolução Normativa-ANS 63/2003, sendo que, anteriormente, essa modalidade de reajuste era regulamentada pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU 6/1998, a qual previa sete faixas, sendo a última 70 anos ou mais. A partir da vigência do Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 2003), surge nova realidade no que tange aos reajustes por mudança de faixa etária para os consumidores com mais de 60 anos. O Estatuto, em seu art. 15, § 3º, veda a discriminação da pessoa idosa nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

85. A partir de então, a ANS editou a Resolução Normativa 63/2003, a qual manteve a determinação, contida na Resolução CONSU 6/1998, de que o valor fixado para a última faixa etária (agora 59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18 anos). A RN 63/2003 determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas. Essa nova regra impede toda a concentração dos reajustes nas últimas faixas etárias. As faixas dispostas na RN 63/2003 são apresentadas no quadro a seguir:

Tabela 4 – Distribuição das dez faixas etárias

	<b>Faixa Etária</b>
<b>i</b>	0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
<b>ii</b>	19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
<b>iii</b>	24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
<b>iv</b>	29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
<b>v</b>	34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
<b>vi</b>	39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
<b>vii</b>	44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
<b>viii</b>	49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
<b>ix</b>	54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
<b>x</b>	59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

Fonte: RN 63/2003

86. A propósito do tema, recentemente a 2ª Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu que as mensalidades de plano de saúde individual ou familiar podem ser reajustadas de acordo com a faixa etária do beneficiário, desde que o aumento obedeça a três regras: tenha previsão contratual, siga normas de órgãos governamentais reguladores e não seja feito aleatoriamente, com aplicação de 'percentuais desarrazoados' (REsp 1.568.244, Processo 2015/0297278-0, Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, julgado em 14/12/2016, DJe de 19/12/2016).

87. *Já o reajuste de preço por revisão técnica está suspenso. Era uma exceção destinada a um determinado plano de saúde que estivesse em desequilíbrio econômico, que ameaçaria a continuidade da prestação dos serviços de saúde aos consumidores.*

88. *O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços (sinistralidade). Esta forma de reajuste será detalhada nos tópicos 3 e 4 deste relatório, que tratam sobre a atuação da ANS na regulação dos reajustes anuais.*

89. *Desde maio de 2005, os planos exclusivamente odontológicos, devido às suas especificidades, não dependem mais de autorização prévia da ANS para aplicação de reajustes, desde que esteja claro no contrato o índice que a operadora adota para o reajuste (IGP-M, IPC, IPCA etc.). Caso não haja um índice estabelecido, a operadora deve oferecer ao titular do plano um termo aditivo de contrato que defina esse índice, e a não aceitação ao termo implica na adoção do IPCA.*

### **3 ATUAÇÃO DA ANS NA REGULAÇÃO DOS REAJUSTES DE PLANOS COLETIVOS**

90. *Neste capítulo, são apresentados os achados I e II, relacionados à atuação da ANS na regulação dos reajustes de planos de saúde coletivos. Esses achados visam a responder às seguintes questões de auditoria:*

*1.1 – Os procedimentos e mecanismos utilizados pela ANS na regulação dos reajustes dos planos coletivos são adequados e suficientes para a atuação da Agência?*

*1.2 – A atuação regulatória da ANS possibilita que os reajustes dos planos de saúde coletivos não onerem excessivamente o consumidor e, ao mesmo tempo, garantam a sustentabilidade do mercado?*

91. *Antes, porém, abordam-se aspectos relativos ao estabelecimento de percentual máximo de reajuste nos planos coletivos, relevantes para compreensão do tema.*

#### **3.1 Competência da ANS para regulação de reajustes**

92. *Nos termos do art. 3º da Lei 9.961, de 2000, a ANS foi constituída com a missão institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde pela regulação e fiscalização do setor, das relações das operadoras setoriais com prestadores de serviços de saúde e com usuários de planos de saúde, para o desenvolvimento das ações de saúde no país. A mesma lei atribui à ANS a responsabilidade de controlar os aumentos de mensalidade dos planos de saúde, e este controle varia de acordo com o tipo de contrato de prestação de serviços de saúde (pessoa física ou jurídica) e com o motivo do aumento.*

93. *Para os planos coletivos, a ANS definiu as regras de reajuste para as operadoras nos seguintes normativos: Resoluções de Diretoria Colegiada (RDC) 29/2000 e 66/2001; e Resoluções Normativas (RN) 08/2002, 36/2003, 74/2004, 99/2005, 128/2006, 156/2007, 171/2008, 172/2008 e 195/2009.*

94. *Conforme a Resolução Normativa 171/2008, art. 13, para os planos coletivos médico hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, com formação de preço pré-estabelecido, independentemente da data da celebração do contrato, deverão ser informados à ANS os percentuais de reajuste e revisão aplicados e as alterações de coparticipação e franquia.*

#### **3.2 Impacto da atualização do rol de procedimentos nos reajustes**

95. *A Portaria Interministerial 553, de 13/6/2000, dos Ministérios da Saúde e da Fazenda, define que a ANS, ao estabelecer normas para reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde e produtos definidos no § 1º do art. 1º da Lei 9.656, de 1998, deverá considerar os custos da assistência à saúde no contexto nacional e estímulos à eficiência de gestão na prestação de serviços.*

96. *Historicamente, os reajustes máximos autorizados pela ANS para os planos individuais situam-se acima do IPCA Geral acumulado nos mesmos períodos, conforme a Nota Técnica*

72/COGIR/SEAE/MF, de 2/7/2014 da Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE) do Ministério da Fazenda (peça 39, p. 18). Este fenômeno não ocorre, contudo, exclusivamente no Brasil. A inflação em saúde é maior que a inflação média da economia na maioria dos outros países – o que reflete, principalmente, a incorporação tecnológica e de procedimentos médicos no setor.

97. Sobre esse ponto, por meio do Parecer Analítico sobre Regras Regulatórias 193/COGIR/SEAE/MF (que trata da contribuição à Consulta Pública 53, de 7/6/2013), citado na Nota Técnica 72/COGIR/SEAE/MF, a SEAE/MF ressaltou que a inclusão de novos procedimentos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde implica em um impacto financeiro sobre os beneficiários. Nesse Parecer, também foi argumentado que a ampliação da cobertura obrigatória dos planos carece de uma análise custo benefício da extensão do Rol, que pode afetar a concorrência do mercado (peça 38, p. 18-19):

*‘[...] É evidente que a imposição de novos procedimentos de cobertura obrigatória tem o condão de aumentar os custos para os planos, o que pode eventualmente colocar os menores deles para fora do mercado e aumentar a concentração. Neste sentido, novamente frisamos a importância de uma análise custo benefício dos novos procedimentos.’*

98. A SEAE/MF ressaltou, na referida Nota Técnica 72/COGIR/SEAE/MF, a importância de aprofundar os estudos sobre o setor, a fim de apurar as fontes do aumento de custos que se refletem nos reajustes elevados dos planos de saúde, para aprimorar a estrutura regulatória do mercado de assistência à saúde.

#### **ACHADO I: Insuficiência de mecanismos para prevenção, identificação e correção de reajustes abusivos em planos coletivos.**

99. O modelo atual de regulação dos reajustes de contraprestações de planos coletivos é inefetivo, pois consiste em mero monitoramento efetuado por meio da obrigatoriedade de que as operadoras enviem à agência comunicados informando os percentuais de reajuste praticados. Não há mecanismos para prevenção, identificação e correção de reajustes abusivos, o que gera o risco de que os consumidores contratantes de planos coletivos, em condição de vulnerabilidade, não tenham meios de se proteger.

100. A competência de atuação regulatória quanto aos reajustes, tanto de planos coletivos como individuais, é conferida à ANS no art. 4º da Lei 9.961/2000, que estabelece:

*‘Art. 4º Compete à ANS:*

*(...)*

*XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda;*

*XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à **homologação** de reajustes e revisões;*

*(...)*

*XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos’.*

101. Observa-se que os incisos XVII, XVIII e XXI acima transcritos não fazem distinção entre planos de saúde coletivos e individuais, portanto a competência regulatória da ANS de **autorização, homologação e monitoramento** de reajustes e revisões independe do tipo de plano de saúde. No entanto, nos planos individuais, a autorização de reajuste deve ser prévia, em virtude do art. 35-E, § 2º, da Lei 9.656/98, que estabelece (destaques acrescidos):

*‘§ 2º Nos **contratos individuais** de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de*

*reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de **prévia aprovação** da ANS.’*

102. *Portanto, as regras para autorização do reajuste de planos individuais são mais rigorosas, por requererem autorização prévia. A possibilidade legal de uma ordem decrescente de intensidade de controle dos preços dos planos de saúde – autorização (grau máximo), homologação (grau médio) e monitoramento (grau mínimo) – foi elucidada no Parecer 871/2005/PROGE/GECOS (peça 44, p. 56-63, e peça 43, p. 1-20), da Procuradoria Federal/ANS, que destaca que nos incisos XVII, XVIII e XXI do art. 4º da Lei 9.961/2000, acima transcritos, constariam expressões de significações distintas, concluindo-se que se objetivou dar tratamento legal diferenciado às situações possíveis de ocorrer na dinâmica do mercado de saúde suplementar, quanto ao estabelecimento de preços.*

103. *Com base no inciso XVII (autorização), a intervenção se mostra mais intensa, na medida em que há uma solicitação prévia à aplicação do reajuste por parte das operadoras, e em contrapartida a ANS concederá ou não a autorização, havendo, portanto, a necessidade de um controle mais pontual de cada caso.*

104. *Já o inciso XVIII (homologação) configura uma intervenção de intensidade média no mercado, na medida em que cabe apenas à ANS homologar os reajustes já aplicados pelas operadoras. Assim, a Agência Reguladora edita normas que definem requisitos a serem preenchidos pelas operadoras e, uma vez cumpridos, homologa (aprova) o reajuste. Pressupõe-se, na homologação, que o ente regulador do mercado, com base em constatações técnicas, entendeu que o mercado se encontra mais harmonizado, deixando uma maior liberdade para as operadoras, mas não abdicando do seu poder-dever de definir os preços e de zelar pela higidez do mercado.*

105. *Na outra modalidade de controle de preços, por meio do monitoramento (inciso XXI), se adota um controle mínimo, deixando-se a um relativo livre jogo do mercado a formação e evolução dos preços, sujeitando-se as operadoras apenas ao acompanhamento pelo ente regulador.*

106. *Em face às alternativas legais concedidas à ANS para regulação de reajuste de contraprestações de planos de saúde, a Agência optou por estabelecer mecanismos de regulação distintos para planos coletivos e individuais. Enquanto nos coletivos as operadoras são obrigadas a comunicar trimestralmente à ANS os percentuais de reajuste praticados, o que consiste em uma forma de monitoramento (Resolução Normativa 171/2008), nos planos individuais anualmente a ANS divulga o percentual máximo de reajuste, o que consiste uma forma de autorização prévia.*

107. *Inicialmente deve-se observar que o tratamento regulatório diferenciado dado aos reajustes em planos coletivos e individuais está balizado por parecer jurídico da Procuradoria Federal/ANS, e que a Lei 9.656/1998 (art. 35-E, § 2º) estabeleceu explicitamente que o reajuste dos planos individuais depende de prévia aprovação da ANS, o que permite deduzir que, se a intenção do legislador fosse estabelecer o mesmo tratamento para os planos coletivos, teria explicitado tal determinação.*

108. *Quanto aos demais procedimentos tidos como passíveis de adoção pela ANS, a homologação e o monitoramento, é competência da Agência Reguladora estabelecer sua estratégia regulatória, com base em critérios técnicos, não podendo o Tribunal de Contas substituir o órgão regulador.*

109. *Desta forma, tendo a Agência definido, dentro da sua margem de discricionariedade, como dar-se-á sua atuação, cabe ao Tribunal avaliar a efetividade, eficiência e eficácia dessa atuação, de modo a assegurar que o interesse público seja alcançado.*

110. *Estudos apontam que o modelo atual de regulação dos reajustes nos planos coletivos é insuficiente para prevenção, identificação e correção de eventuais reajustes abusivos, conforme passa-se a expor a seguir, a exemplo do estudo elaborado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) e pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), publicado em 2007, com o título ‘Planos de Saúde: nove anos após a Lei 9.656/98’, sob a coordenação de Renato Azevedo Júnior, que traz conclusões consideradas preocupantes, como a diminuição da oferta de planos individuais e as fragilidades dos contratos coletivos, e os aumentos abusivos de*

mensalidades.

111. Quanto às falhas da regulamentação, um dos objetos do estudo, o Cremesp e Idec entenderam que:

*‘Na contramão da realidade do mercado que deve regular, a ANS é omissa em relação a dois pontos essenciais dos contratos coletivos e que impactam diretamente na continuidade da prestação do serviço: reajuste e rescisão unilateral de contrato. Com isso, e somando-se à omissão referente aos contratos antigos, tem-se uma Agência que [...] concentra suas atividades na regulação de contratos individuais que tendem a desaparecer e deixa que o próprio mercado ‘regule’, do jeito que bem entende, a maior parte dos planos de saúde.’*

112. A ocorrência de reajustes considerados abusivos pelo estudo do Cremesp e Idec é ilustrada por um caso real de denúncia enviada ao TCU, por meio da Ouvidoria, que mostra a elevação no valor da mensalidade, entre 2011 e 2014, de uma usuária de plano de saúde coletivo, vinculado a pessoa jurídica de caráter profissional: em 2011 a beneficiária pagava R\$ 551,91 quando teve a mensalidade reajustada em 10,89%, passando a pagar R\$ 612,00, sendo que, em razão da mudança de faixa etária, passou a pagar, no mesmo ano, R\$ 1.153,56. No ano seguinte (2012), a mensalidade sofreu reajuste de 19,80%, passando a contraprestação para R\$ 1.381,96. Em 2013, teve reajuste de 14,13%, passando a pagar R\$ 1.577,23. O reajuste do exercício de 2014 ficou em 17,36%, ficando a mensalidade em R\$ 1.851,04. No total, houve reajuste de cerca de 235% em apenas quatro anos.

113. Em sede de comentários do gestor, a ANS destacou e considera-se importante ressaltar que, dos 235% de reajuste apurados no caso acima citado, 88,49% corresponderam ao reajuste por faixa etária, previsto no art. 15 e seguintes da Lei 9.656/1998, que não constou do escopo desta auditoria, conforme parágrafo 19.

114. A ANS se abstém de autorizar ou homologar reajustes das contraprestações em contratos coletivos, pois admite a premissa de que pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos possuíam maior poder de negociação junto às operadoras, o que, naturalmente, segundo justifica, tenderia a resultar na obtenção de percentuais vantajosos para a parte contratante. O reajuste dos planos coletivos é, portanto, calculado com base na livre negociação entre as operadoras e as empresas, fundações, associações etc.

115. No que tange à aplicabilidade dos princípios do direito do consumidor nas relações entre usuários de planos coletivos e planos de saúde, a Súmula 469 aprovada pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) consolida o entendimento, há tempos pacificado no STJ, de que a operadora de serviços de assistência à saúde que presta serviços remunerados à população tem sua atividade regida pela Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor – CDC), pouco importando o nome ou a natureza jurídica que adota. Portanto, na relação entre operadoras e seus contratantes, deve-se observar os princípios do CDC, dentre os quais destaca-se o princípio da vulnerabilidade do consumidor, previsto no art. 4º, inciso I:

*‘Art. 4º A Política Nacional das Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo, atendidos os seguintes princípios:*

*I - reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo’.*

116. A aplicabilidade deste princípio nas relações entre operadoras e pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos é evidente, uma vez que não é razoável supor que, em geral, contratantes de planos de saúde, independentemente de sua natureza jurídica, tenham o mesmo nível de especialização técnica em atuária e em saúde suplementar que as operadoras de saúde com as

quais contratam.

117. *Por mais que se admitisse que, em geral, pessoas jurídicas contratantes de planos de saúde possuíssem tal capacidade técnica, suficiente para avaliar o que seria um percentual de reajuste adequado, a vulnerabilidade do contratante persistiria em decorrência da assimetria de informações existente entre contratante e operadora.*

118. *Além da falta de capacidade técnica e da assimetria de informações, há ainda falta de transparência na metodologia utilizada na fixação dos critérios de reajustes, que é citada pelo Idec como a principal causa dos reajustes (segundo o Idec) abusivos. Tanto nos contratos novos quanto nos contratos antigos, as cláusulas referentes aos reajustes anuais frequentemente apresentam critérios vagos e dispõem sobre ‘custos médico hospitalares’ como fator de cálculo, o que torna impossível a efetiva ciência do consumidor sobre a forma de aumento da contraprestação pecuniária, em afronta ao Código de Defesa do Consumidor.*

119. *Nessa mesma linha de entendimento, de acordo com o resultado da Oficina Temática ‘Planos de Saúde: Desafios e Perspectivas da Regulação’ (peça 70, p. 3), o Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor (DPDC) da Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça entendeu, entre outras coisas, ser necessário que haja transparência dos dados econômicos de planilhas de custo das operadoras de planos de saúde, em especial aqueles motivadores de reajuste. Recentemente, com a publicação da Resolução Normativa 389, de 26/11/2015, que dispôs sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, o problema de falta de transparência na metodologia de cálculo utilizada foi amenizado, contudo, ainda há espaço para melhorias.*

120. *Com vistas a avaliar potencial ocorrência de reajustes abusivos em planos coletivos, foi solicitada à Agência, por meio do Ofício 245/2016-TCU/SecexSaúde (peça 88), a apresentação do percentual de reajustes, nos exercícios de 2000 a 2015, dos planos coletivos que se enquadraram nas seguintes faixas do IPCA:*

- Faixa 1: percentuais de reajuste até o IPCA;
- Faixa 2: percentuais de reajuste superiores ao IPCA até o dobro do índice;
- Faixa 3: percentuais de reajuste superiores ao dobro do IPCA até o triplo do índice; e
- Faixa 4: percentuais de reajuste superiores ao triplo do IPCA até o quádruplo do índice.

121. *Os resultados foram apresentados por meio do Ofício 007/2016/AUDIT/ANS (peça 90). Segundo a ANS, a comparação do índice de reajustes de planos de saúde com índices de inflação, como o IPCA, deve ser acompanhada de algumas ressalvas, uma vez que a variação de preços dos planos seria influenciada não somente pela variação de custos, mas também por outros fatores, como a variação da frequência de utilização dos serviços, a incorporação de novas tecnologias e a oferta de novos procedimentos.*

122. *Feitas estas observações, a comparação, descrita na Tabela 5, indica que, somente no ano de 2002, a maior parte dos reajustes concentrou-se na faixa 1, até o IPCA, e que, nos demais anos, a maior parte dos reajustes estavam divididos entre as faixas 1 e 2 (até o dobro do IPCA), com exceção do ano de 2006, quando 41,25% dos reajustes concentrou-se na faixa 4:*

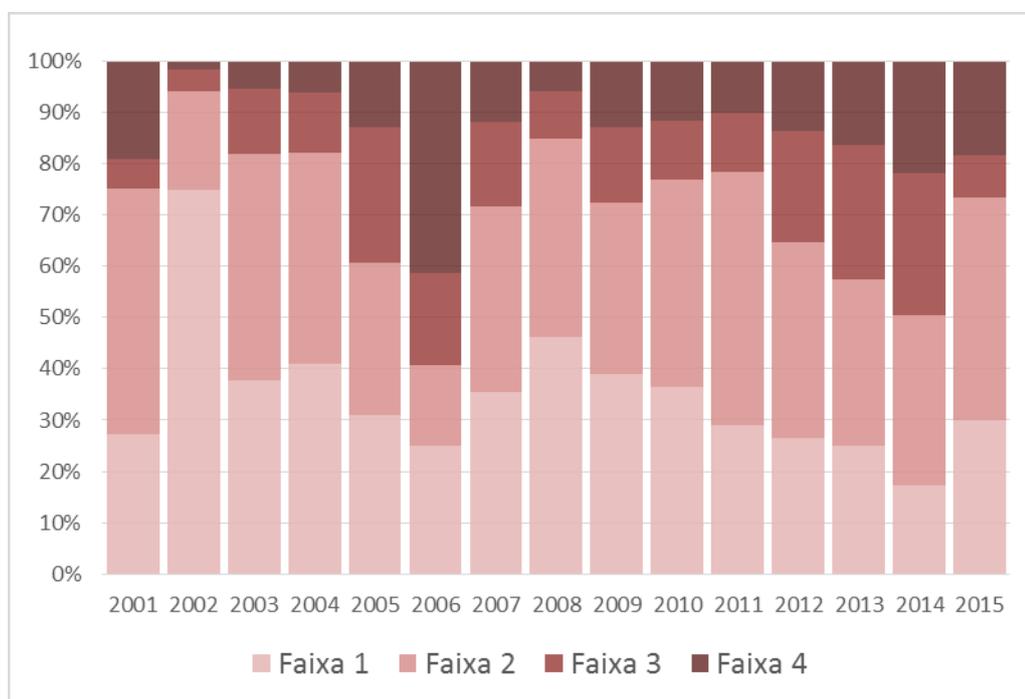
**Tabela 5 – Comparação Reajuste e IPCA nos exercícios 2001 a 2015**

Ano	Faixa 1		Faixa 2		Faixa 3		Faixa 4	
	Qtd. de contratos	% de contratos						
2001	630.039	27,36%	1.100.546	47,80%	133.183	5,78%	438.799	19,06%
2002	3.891.600	74,87%	1.004.352	19,32%	213.608	4,11%	87.973	1,69%
2003	3.212.776	37,73%	3.771.846	44,29%	1.074.194	12,61%	456.542	5,36%
2004	4.052.185	41,05%	4.063.297	41,16%	1.143.150	11,58%	612.267	6,20%
2005	3.693.348	31,04%	3.516.957	29,56%	3.153.573	26,50%	1.534.208	12,89%

<b>2006</b>	4.398.078	24,98%	2.753.597	15,64%	3.191.349	18,13%	7.261.659	41,25%
<b>2007</b>	5.949.413	35,52%	6.074.175	36,26%	2.767.560	16,52%	1.960.319	11,70%
<b>2008</b>	7.878.786	46,17%	6.635.692	38,89%	1.545.103	9,05%	1.005.323	5,89%
<b>2009</b>	8.464.330	39,08%	7.234.409	33,40%	3.170.644	14,64%	2.789.681	12,88%
<b>2010</b>	7.963.968	36,56%	8.813.571	40,46%	2.489.256	11,43%	2.517.457	11,56%
<b>2011</b>	6.617.648	29,00%	11.260.433	49,35%	2.634.124	11,54%	2.304.259	10,10%
<b>2012</b>	7.210.057	26,52%	10.401.735	38,26%	5.898.791	21,70%	3.675.026	13,52%
<b>2013</b>	7.399.156	25,11%	9.553.450	32,41%	7.717.348	26,18%	4.802.603	16,30%
<b>2014</b>	4.630.010	17,31%	8.843.743	33,07%	7.447.657	27,85%	5.821.004	21,77%
<b>2015</b>	9.530.665	35,18%	13.772.834	50,84%	2.646.887	9,77%	1.139.320	4,20%

Fonte: Ofício 007/2016/AUDIT/ANS (peça 90).

Gráfico 1 – Percentual de Reajustes dentro das Faixas do IPCA



123. No mesmo sentido da comparação dos percentuais de reajustes com o IPCA, aponta a comparação dos reajustes com a Variação dos Custos Médico Hospitalares (VCMH). A pedido da equipe de auditoria, a ANS efetuou cálculo da VCMH das operadoras de planos de saúde, separado por modalidade de operadora (peça 44, p. 46-48). O cálculo da ANS foi feito com base no item Eventos Líquidos Indenizáveis do DIOPS (Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde), que representa o total de gastos com despesas médico-assistenciais de um período, e na média anual do número de beneficiários registrados do SIB (Sistema de Informação de Beneficiários).

124. A Agência justificou a impossibilidade de calcular o VCMH para os anos de 2013 e 2014, em virtude de modificações no plano de contas (instrumento pelo qual as operadoras enviam informações econômico-financeiras e patrimoniais à ANS) e da inconsistência em seus dados, resultante do período de adaptação. Segundo a Agência, após estas modificações, o setor não teria se adaptado imediatamente, portanto as informações desse período poderiam não refletir a realidade do mercado de saúde suplementar.

125. Abaixo, consta na Tabela 6, apresentada pela ANS, a mediana do VCMH para os planos individuais e coletivos empresariais nos exercícios de 2010 a 2012:

**Tabela 6 – VCMH por tipo de contratação**

<i>Ano</i>	<i>Mediana</i>	
	<i>Individual</i>	<i>Coletivo Empresarial</i>
<b>2010</b>	4,12%	1,73%
<b>2011</b>	9,55%	7,84%
<b>2012</b>	10,74%	8,35%

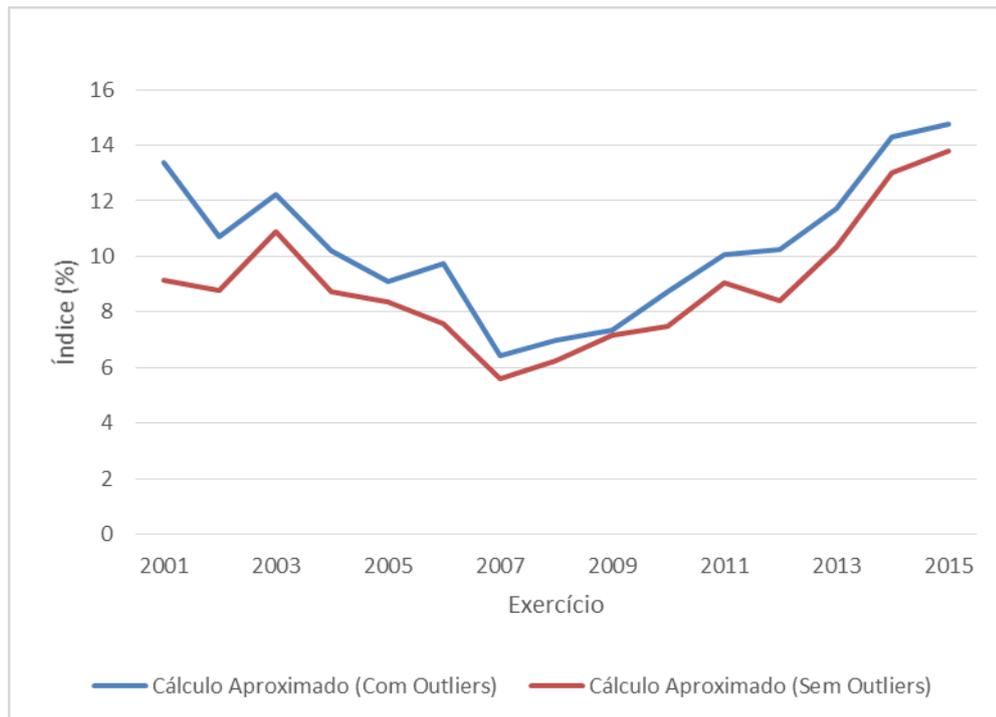
Fonte: ANS (peça 44, p. 48)

126. Comparando o VCMH dos planos coletivos empresariais, constante da Tabela 6, com a inflação geral medida pelo IPCA, constata-se que em 2010 a mediana do VCMH foi inferior ao IPCA (VCMH de 1,73%, contra IPCA de 5,91%) e nos anos de 2011 e 2012 a mediana do VCMH foi um pouco superior ao IPCA (VCMH de 7,84% e 8,35%, contra IPCA de 5,50% e 5,84%). Portanto, não se pode afirmar que a variação dos custos médico-hospitalares no triênio tenha sido muito superior à inflação geral do mesmo período.

127. Apesar de a variação dos custos médicos hospitalares, medida pelo VCMH, não ter sido significativamente superior à inflação geral, medida pelo IPCA, nos anos de 2010, 2011 e 2012, a maior parte dos reajustes foram praticados nas Faixas 2, 3 e 4, acima do IPCA (63,45%, 70,90%, 73,48%, respectivamente), como se pode constatar a partir de análise dos dados da Tabela 5. Portanto, conclui-se que mesmo em anos nos quais a variação de custos médico-hospitalares é inferior ou pouco acima da inflação, a maior parte dos reajustes praticados nos planos coletivos supera a inflação.

128. Embora não se possa concluir taxativamente, a partir destas análises, que os reajustes muito acima do IPCA e do VCMH consistam em reajustes abusivos, e considerando que não foram solicitadas informações à ANS sobre esses contratos, como quantidade e idade média de beneficiários, histórico de despesas assistenciais, é plausível admitir que ao menos parte destes reajustes elevados (dos quais, parte significativa na Faixa 4) decorram de práticas abusivas, que poderiam ser evitadas por meio da implementação de mecanismos para identificação, prevenção e correção de reajustes muito elevados, sem justa causa. Índices de reajuste em uma faixa tão discrepante de índices como a inflação e VCMH deveriam merecer, no mínimo, maior atenção por parte da ANS.

129. Ainda por meio do Ofício 0245/2016-TCU/SecexSaúde (peça 88), foi requisitado à ANS o encaminhamento à SecexSaúde da base de dados do sistema de Reajuste de Planos Coletivos (RPC), no qual são registrados os comunicados de reajuste enviados pelas operadoras, com respectivos percentuais e número de beneficiários afetados. Na análise dos dados do RPC, constante à peça 92, reproduziu-se aproximadamente a metodologia de exclusão de **outliers** (valores extremos) implementada pela ANS no cálculo do índice de reajuste dos planos individuais (tratada com mais detalhes no item 4.2). A comparação entre o valor aproximado do índice de reajuste com e sem **outliers** é mostrada no Gráfico 2:

Gráfico 2 – Efeito da Exclusão de **Outliers** no Cálculo do Índice de Reajuste


130. Observa-se que a maior parte dos **outliers** excluídos consistem em valores de reajustes elevados, uma vez que a exclusão dos **outliers** provoca a redução do valor do índice calculado. Embora os valores extremos possam decorrer de ‘fenômenos extraordinários’ ou de ‘cálculos ou preenchimentos incorretos’, conforme Ofício 1264/2016/GEFAP/GGREP/Dipro (peça 90, p. 28), não se pode descartar a possibilidade de que parte destes valores extremos sejam de fato valores de reajuste elevados, quiçá abusivos, praticados por algumas operadoras.

131. Os eventuais reajustes abusivos nos planos coletivos, caso ocorram em grandes quantidades, acabam por resultar também na majoração do percentual de reajuste máximo para os planos individuais, autorizado anualmente pela ANS, uma vez que esse percentual é calculado pela média dos reajustes aplicados nos planos coletivos, ponderada pelo número de beneficiários dos planos.

132. Outro efeito (e evidência) de que os reajustes dos planos coletivos não são regulados de forma adequada é o problema conhecido como ‘falsa coletivização’, o qual, segundo SCHULMAN (2009), é a prática pela qual se confere a qualificação de contrato coletivo a planos de saúde contratados por grupos reduzidos de beneficiários. Sob a ilusão de pagarem mais barato em seus planos, os consumidores são estimulados a abrirem um CNPJ ou ingressarem em determinada associação ou sindicato, utilizando qualquer CNPJ para conseguir um contrato coletivo.

133. Por meio da ‘falsa coletivização’, as empresas de planos de saúde escapam da regulamentação mais rigorosa aplicada aos planos individuais. Esta preferência que as operadoras têm pelas regras aplicáveis aos planos coletivos se soma às evidências de que os mecanismos de regulação dos planos coletivos são, em regra, mais favoráveis às operadoras de saúde do que aos usuários.

134. Por meio dos comentários dos gestores, a ANS afirmou que a alegação de suposta carência de capacidade técnica da parte contratante deve ser ponderada, considerando as informações constantes nos bancos de dados da Agência. Segundo a ANS, a estratificação da base de dados demonstra que 4,46% dos contratos com mais de trinta vidas entraram em negociação por mais de trinta dias após o término do trimestre do aniversário do contrato, o que corresponderia a quase 2,5 vezes mais que o percentual para os contratos com menos de trinta vidas (1,85%), o que seria indicação de maior poder de barganha dos grandes contratos comparados aos pequenos (peça 111, p.

9).

135. *A ANS apresentou tabela comparativa (peça 111, p. 9) da média ponderada dos reajustes dos contratos com mais de trinta vidas e dos contratos com menos de trinta vidas. Os reajustes historicamente inferiores dos contratos com mais de trinta vidas, em comparação com os contratos com menos de trinta vidas, seriam uma indicação do poder de barganha dos contratos maiores, e a redução da diferença entre os reajustes, de acordo com o tamanho dos contratos, demonstraria a eficácia da Resolução Normativa 309/2012, que dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para cálculo e aplicação de reajuste (peça 111, p. 10).*

136. *Quanto à afirmação de 'alegação de suposta carência de capacidade técnica', deve-se ressaltar que, segundo os professores Antônio Herman V. Benjamin, Claudia Lima Marques e Leonardo Roscoe Bessa na obra Manual de Direito do Consumidor, 2ª edição revista, atualizada e ampliada, a vulnerabilidade é a peça fundamental do direito do consumidor, é o ponto de partida de toda a sua aplicação, principalmente em matéria de contratos. Segundo os autores, existem quatro tipos de vulnerabilidade, a técnica, a jurídica, a fática e a informacional.*

137. *Quanto à vulnerabilidade técnica, prosseguem os professores, o comprador não possui conhecimentos específicos sobre o objeto que está adquirindo e, portanto, é mais facilmente enganado quanto às características do bem ou quanto à sua utilidade, o mesmo ocorrendo em matéria de serviços. A vulnerabilidade técnica, no sistema do CDC, é presumida para o consumidor não profissional, mas também pode atingir excepcionalmente o profissional, destinatário final fático do bem.*

138. *A própria ANS afirmou que um atuário deve elaborar uma Nota Técnica de Registro de Produtos, no qual são apresentados os cálculos e os parâmetros atuariais que embasam a formação de preços inicial do plano de saúde (peça 111, p. 4). Seria desarrazoado imaginar que, por maiores e mais estruturadas que sejam as pessoas jurídicas contratantes de planos de saúde, estas disponham de um atuário para refazer os cálculos dos índices de reajuste apresentados pelas operadoras. Não deve se olvidar que contratações com esse objetivo onerariam ainda mais os beneficiários, porquanto esse custo seria a eles repassado.*

139. *Ademais, os dados utilizados para refazer os cálculos seriam aqueles fornecidos pelas operadoras de planos de saúde, como despesas assistenciais da carteira, despesas administrativas e operacionais das operadoras, reajustes a serem aplicados aos contratos firmados com os prestadores de serviços. Neste ponto, fica caracterizado o déficit informacional do consumidor.*

140. *Desta forma, por mais que as pessoas jurídicas contratantes de planos de saúde possam conseguir negociar com as operadoras os reajustes dos planos de saúde, elas sempre estarão em uma situação de vulnerabilidade, não constituindo esse fato uma alegação de suposta carência. Inclusive, a assimetria de informação é um dos motivos que justificam a existência de mercados regulados, devendo a sua redução sempre ser um foco de atuação das Agências Reguladoras.*

141. *Segundo a ANS, a estratificação da base de dados demonstra que 4,46% dos contratos com mais de trinta vidas entraram em negociação por mais de trinta dias após o término do trimestre do aniversário do contrato, o que corresponde a quase 2,5 vezes mais que o percentual para os contratos com menos de trinta vidas (1,85%), o que seria, na visão da Agência, indicação de maior poder de barganha dos grandes contratos comparados aos pequenos. Contudo, não se sabe o resultado das negociações, se as negociações resultaram em índices de reajuste menores do que os inicialmente oferecidos, ou o que aconteceu com os contratos restantes (95,54% dos contratos com mais de trinta vidas), se negociaram durante o prazo de trinta dias, informado pela Agência, ou se, desde o início, aceitaram os índices de reajuste oferecidos pelas operadoras.*

142. *A própria ANS afirmou na página 45 da peça 111 que nos contratos coletivos maiores há uma diluição do risco, pois a ocorrência de eventos raros, porém onerosos, é compensada pelas contraprestações regulares de muitos beneficiários, e, havendo menor variação na sinistralidade, tende a haver menor variação dos reajustes.*

143. *Assim, os dados apontados não permitem afirmar até que ponto os reajustes menores apresentados pelos contratos coletivos com mais de trinta vidas, em comparação com os reajustes maiores dos contratos com menos de trinta, decorrem do poder negociação das operadoras ou das características próprias dos contratos coletivos com muitos beneficiários. A Agência não apresentou, por exemplo, dados relacionados ao percentual de redução dos índices de reajuste anuais obtido pelas pessoas jurídicas contratantes nas negociações com as operadoras.*

144. *Quanto à 'falsa coletivização', abordada nos parágrafos 132 e 133, a ANS, por meio dos comentários dos gestores, destacou que a entrada em vigor da RN 195/2009 limitou a possibilidade de contratação de planos coletivos por adesão às pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial relacionadas na norma, e que, de 2010 a 2015, recebeu apenas 21 demandas referentes à legitimidade das entidades e à elegibilidade dos beneficiários na contratação de planos coletivos por adesão (peça 111, p. 14).*

145. *A ANS afirmou que as operadoras e as administradoras de benefícios têm a obrigação de exigir a comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante e da condição de elegibilidade do beneficiário, e que, embora possam ser aprimoradas, as normas concernentes aos planos coletivos por adesão excluem a possibilidade de que entidades que, de fato, não representem seus associados e indivíduos sem vínculos reais com entidades contratem planos coletivos por adesão.*

146. *Diante do exposto, buscando mitigar os riscos de que haja percentual elevado de reajustes abusivos em planos coletivos e considerando que as informações apresentadas por meio dos comentários dos gestores não foram suficientes para alterar as propostas constantes do relatório preliminar de auditoria, propõe-se emitir recomendação à ANS para que envie plano de providências para criação de mecanismos de identificação, prevenção e correção de reajustes abusivos em planos coletivos. Propõe-se também recomendar à ANS que realize estudo para avaliar a veracidade da premissa, admitida pela Agência, de que pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos tenham na prática paridade de forças nas negociações de reajustes com as operadoras, remetendo o resultado ao TCU em 120 dias.*

147. *Espera-se que, com a implementação da recomendação, o risco de ocorrência de reajustes abusivos nos planos coletivos seja mitigado, e conseqüentemente a ANS aumentará a efetividade de suas ações de regulação de reajustes de preços em planos coletivos. Como efeito dessa medida, espera-se mitigar o risco de majoração do percentual máximo autorizado para reajustes dos planos individuais, que são calculados com base nos reajustes praticados nos planos coletivos (tema tratado no Capítulo 4).*

#### **ACHADO II: Insuficiência de informações à disposição das pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos para adequada avaliação dos valores de reajustes propostos pelas operadoras.**

148. *As operadoras de planos de saúde não são obrigadas pela regulamentação a descrever com suficiência de detalhes a memória de cálculo do percentual de reajuste aplicado nos planos coletivos durante os reajustes anuais por variação de custos. Conseqüentemente, as pessoas jurídicas contratantes não possuem meios suficientes para avaliar adequadamente a razoabilidade dos reajustes propostos pelas operadoras e assim evitar a prática de eventuais reajustes abusivos.*

149. *Durante a realização dos trabalhos de auditoria, especialistas entrevistados e publicações consultadas apontaram que há falta de transparência na metodologia utilizada na fixação dos critérios de reajustes e que as cláusulas referentes aos reajustes anuais frequentemente apresentam critérios vagos e apresentam os 'custos médico-hospitalares' como fator de cálculo, o que tornaria impossível a efetiva ciência do consumidor sobre a forma de aumento da contraprestação pecuniária.*

150. *A professora Lígia Bahia, em seu livro Planos e Seguros de Saúde, de 2010, afirma que as planilhas de custos detalhadas dos planos de saúde seriam 'verdadeiras caixas-pretas'. Não se saberia, por exemplo, a real participação dos profissionais médicos nas despesas assistenciais dos planos de saúde, e o lucro do setor também não aparece nas contabilidades disponíveis.*

151. *Só mais recentemente a ANS atentou ao problema, ao editar a Resolução Normativa*

389, de 26/11/2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar e estabelece a obrigatoriedade de as operadoras de planos privados de assistência à saúde disponibilizarem um conteúdo mínimo obrigatório de informações aos seus beneficiários titulares e dependentes, às pessoas jurídicas contratantes de planos privados de saúde e às administradoras de benefícios.

152. De acordo com o art. 14 da citada RN, a operadora deverá disponibilizar à pessoa jurídica contratante de plano coletivo, com formação de preço pré-estabelecido, ou à administradora de benefícios, quando esta participar, de qualquer forma, da negociação de reajustes, extrato pormenorizado contendo os itens considerados para o cálculo do reajuste conforme cláusula contratual ou estabelecido em negociação.

153. O extrato pormenorizado deve conter, ao menos: o critério técnico adotado para o reajuste e a definição dos parâmetros e das variáveis utilizados no cálculo; a demonstração da memória de cálculo realizada para a definição do percentual de reajuste e o período de observação; e o canal de atendimento da operadora para esclarecimento de dúvidas quanto ao extrato apresentado. Na hipótese de o contrato estipulado prever um índice específico para o reajuste, a operadora deverá informar o valor referente ao período a que corresponde o reajuste.

154. Para os beneficiários dos planos, de acordo com o art. 5º da RN, as operadoras deverão disponibilizar acesso ao Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar, que consiste em um repositório de informações individualizadas relativas ao beneficiário, titular ou dependente do plano privado de saúde, em área específica e restrita do portal. Dentre as informações constantes do Portal de Informações, de acordo com o art. 8º, estão todos os serviços utilizados pelos beneficiários e reconhecidos pela operadora, independentemente da ocorrência de glosa de valor e de terem sido prestados por meio de rede credenciada, referenciada, cooperada ou mesmo fora da rede, quando houver cobertura para reembolso.

155. Entretanto, ainda há espaço para avanços em relação à normatização da Agência quanto ao assunto, pois as operadoras, por exemplo, não são obrigadas a fornecer às pessoas jurídicas contratantes informações sobre os gastos das carteiras com despesas como consultas, exames, terapias e internações. O conhecimento dessas informações pelas pessoas jurídicas contratantes permitiria que estas pudessem verificar e acompanhar a variação dos custos das carteiras.

156. A atual situação dos reajustes dos planos de saúde coletivos pode ser comparada com a situação dos reajustes das mensalidades escolares na década de 90, quando eram frequentes as reclamações de reajustes abusivos pelos estabelecimentos escolares. Com o objetivo de reduzir os conflitos, a Lei 9.870/1999 determinou que o valor anual ou semestral, cobrado pelos estabelecimentos de ensino, deverá ter como base a última parcela da anuidade ou da semestralidade legalmente fixada no ano anterior, multiplicada pelo número de parcelas do período letivo, e que poderá ser acrescido ao valor total anual o montante proporcional à variação de custos a título de pessoal e de custeio, comprovado mediante apresentação de planilha de custo, mesmo quando esta variação resulte da introdução de aprimoramentos no processo didático-pedagógico.

157. A forma da planilha de custos citada foi definida por meio do Decreto 3.274/1999 e, de acordo com o normativo, os estabelecimentos escolares devem discriminar seus custos com pagamento de docentes e de funcionários técnico-administrativos, além dos encargos sociais correspondentes. Devem especificar os gastos com manutenção, material, aluguéis, depreciação e informar o número de alunos pagantes e não pagantes.

158. A transparência das informações foi essencial para a diminuição dos conflitos entre os responsáveis e os proprietários de estabelecimentos de ensino. A partir da entrada em vigor da mencionada lei, os responsáveis pelos alunos podem, sozinhos ou reunidos em associações ou com auxílio especializado, conferir as informações apresentadas, comparar com as de outros estabelecimentos e questionar as variações de custos.

159. A proposta da equipe de fiscalização, em relação à transparência das informações, é no

*sentido de dotar as pessoas jurídicas contratantes e as associações de beneficiários de instrumentos para que elas possam fiscalizar os seus contratos de planos de saúde, o que se relaciona ao movimento atual de empoderamento do consumidor.*

160. *O relatório preliminar encaminhado aos gestores da ANS propunha que fossem incluídas no site das operadoras os cinco últimos percentuais de reajuste anuais. A ANS argumentou que essa divulgação poderia trazer mais desinformação do que informação aos beneficiários, considerando que os reajustes dos planos coletivos apresentam uma variabilidade muito grande e dependem de fatores inerentes a cada contrato, como quantidade de beneficiários, perfil de risco, composição etária.*

161. *Desta forma, propõe-se recomendar que a ANS estabeleça a obrigatoriedade de as operadoras de planos de saúde disponibilizarem à pessoa jurídica contratante a memória de cálculo do percentual de reajuste proposto, incluindo extrato de utilização dos planos de saúde contratados, com a discriminação dos procedimentos utilizados, como consultas, exames, cirurgias, internações e dos valores pagos aos prestadores de serviço, vedada a divulgação dos beneficiários responsáveis pelas despesas assistenciais realizadas ou de qualquer informação que possa comprometer a privacidade dos beneficiários.*

162. *Como benefício decorrente da implementação da recomendação proposta, espera-se que haja mais transparência nas propostas de reajustes apresentadas pelas operadoras às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, reduzindo a assimetria de informações e reduzindo o risco de reajustes abusivos. Além disso, espera-se mitigar o risco de majoração do percentual máximo autorizado para reajustes dos planos individuais, que são calculados com base nos reajustes praticados nos planos coletivos (tema tratado no Capítulo 4).*

#### **4 ATUAÇÃO DA ANS NA REGULAÇÃO DOS REAJUSTES DE PLANOS INDIVIDUAIS**

163. *Neste capítulo, são apresentados os achados III, IV e V, relacionados à regulação dos reajustes de planos individuais. Esses achados visam a responder às seguintes questões de auditoria:*

*– Os procedimentos e mecanismos utilizados pela ANS na definição do teto dos reajustes são adequados e suficientes?*

*– A atuação regulatória da ANS possibilita que os reajustes dos planos de saúde individuais não onerem excessivamente o consumidor e, ao mesmo tempo, garantam a sustentabilidade do mercado?*

164. *Antes, porém, abordam-se aspectos relativos ao estabelecimento de percentual máximo de reajuste nos planos individuais, relevantes para compreensão do tema.*

##### **4.1 Reajuste dos planos individuais novos ou adaptados à Lei 9.656, de 1998**

165. *De acordo com o art. 4º, inciso XVII, da Lei 9.961, de 2000, compete à Agência Nacional de Saúde Suplementar autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda. Por sua vez, o § 2º do art. 35-E da Lei 9.656, de 1998, dispõe que, nos contratos individuais de planos privados de assistência à saúde, independentemente da data de celebração a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.*

166. *Todavia, nos termos da decisão proferida nos autos da ADI 1.931-8/DF (ajuizada pela Confederação Nacional das Entidades de Saúde), a Agência Reguladora não pode determinar os percentuais de reajuste dos contratos firmados antes da entrada em vigor da lei. Assim, os reajustes dos planos antigos devem seguir as disposições estabelecidas em contrato. Caso o contrato não seja claro, ou seja omissivo, nesse ponto o reajuste anual fica limitado ao percentual divulgado pela ANS para os planos individuais/familiares novos.*

167. *Estão excetuadas dessa regra as operadoras que assinaram Termos de Compromisso com a ANS para estabelecer a forma de apuração do percentual de reajuste a ser aplicado. Nesses*

casos, os percentuais autorizados são diferentes para cada operadora.

168. Assim, apenas para os planos individuais com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica, contratados após a entrada em vigor da Lei 9.656, de 1998, a operadora depende da aprovação prévia da ANS para aplicar o reajuste.

169. Até o ano de 2007, a ANS publicava, anualmente, uma resolução normativa, com o índice aprovado pela Diretoria Colegiada, detalhando os procedimentos operacionais para autorizar a aplicação do reajuste (RDC 29, de 2000, e 66, de 2001; e RN 08, de 2002; 36, de 2003; 74, de 2004; 99, de 2005; 128, de 2006, e 156, de 2007). A partir de maio de 2008, os reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas, passaram a obedecer ao disposto na RN ANS 171, de 2008.

170. De acordo com a referida resolução, a autorização para aplicação do reajuste está sujeita aos seguintes requisitos: a operadora deve estar em situação regular quanto à última informação devida no Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), no Sistema de Informações de Produtos (SIP) e no Sistema de Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Assistência à Saúde (Diops); enviar solicitação para aplicação do reajuste com antecedência de dois meses; recolher a Taxa por Pedido de Reajuste de Contraprestação Pecuniária e não estar com o registro de operadora cancelado.

171. No ano de 2000, quando a ANS definiu pela primeira vez os percentuais máximos de reajuste a serem aplicados aos planos individuais, para o período de maio de 2000 a abril de 2001, foi autorizada a aplicação do índice de 5,42%. Esse índice correspondia à variação do Grupo Saúde do IPCA/IBGE, expurgados os itens 'Planos de Saúde' e 'Cuidados Pessoais da região metropolitana de São Paulo', para as despesas assistenciais acrescida da variação do IPCA/IBGE nacional para as despesas não assistenciais mais agravado de 0,8% derivado do impacto do aumento da alíquota do INSS estabelecida pela Lei 9.876, de 1999 (peça 43, p. 24).

172. A partir de 2001, a metodologia para definição do reajuste passou a ser detalhada em nota técnica elaborada pela Agência.

#### **4.2 Fórmula de reajuste dos planos individuais**

173. O cálculo do percentual de reajuste dos planos individuais/familiares, apesar de algumas mudanças efetuadas ao longo dos anos, consiste, grosso modo, na obtenção da média ponderada dos reajustes dos planos coletivos, informados pelas operadoras de planos de saúde, com a aplicação de tratamentos estatísticos para a exclusão de percentuais **outliers**, ou seja, expurgo dos percentuais muito acima ou muito abaixo da amostra utilizada.

174. As operadoras de planos de saúde coletivos devem informar, por meio da internet, utilizando o sistema RPC (Sistema de Comunicado de Reajuste de Planos Coletivo), a cada período de doze meses, ao menos uma comunicação de reajuste, revisão ou manutenção da contraprestação pecuniária, de acordo com a Instrução Normativa 13/2006 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos.

175. A ANS, até o ano de 2014, excluía ainda da base de dados, para cálculo do reajuste dos planos individuais, (i) os comunicados de reajustes de planos coletivos sem patrocinador, pois quando há a figura do patrocinador, a ANS entende que há um poder de negociação maior na definição dos percentuais de reajuste; (ii) os comunicados de planos coletivos sujeitos à carência no momento da adesão (a partir da edição da RN ANS 195, de 2009, são os planos coletivos com menos de trinta beneficiários), o que reduz o poder de negociação da pessoa jurídica contratante; e (iii) os comunicados dos planos coletivos que aplicaram o mesmo percentual de reajuste autorizado para os planos individuais no exercício anterior (peça 41, p. 12-17).

176. A Agência também aplica filtros na base de dados que removem prováveis inconsistências para a definição do percentual de reajuste, como repetições de comunicados com o mesmo percentual, mesma quantidade de beneficiários e mesmo registro de plano.

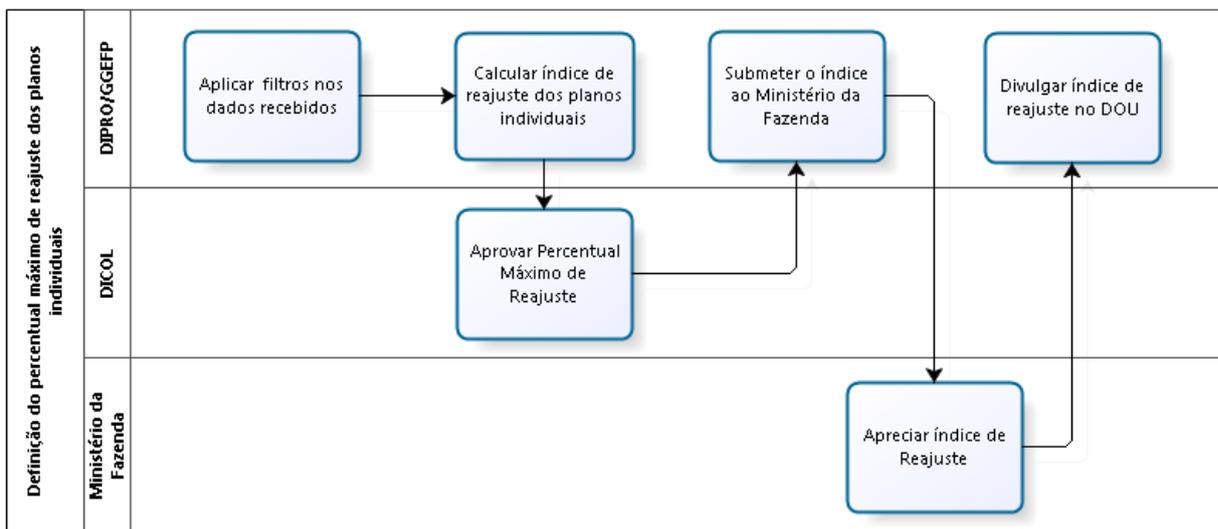
177. Para eliminação dos valores extremos, os **outliers**, é utilizada a ferramenta estatística **box-plot**, considerando o multiplicador de intervalo interquartilico de 1,5, e realizado o cálculo da média ponderada dos reajustes pelo quantitativo de beneficiários para obtenção do percentual máximo a ser aplicado aos planos individuais.

178. Uma vez calculado o índice de reajuste dos planos individuais, este é submetido à aprovação da Diretoria Colegiada da ANS e depois encaminhado ao Ministério da Fazenda, que deve ser ouvido (Lei 9.961, de 2000, art. 4º, inciso XVII).

179. A ANS informa o percentual do reajuste máximo autorizado para os planos individuais no seu **site** e exige que as operadoras informem, no boleto de pagamento enviado aos beneficiários, o percentual autorizado, o número do ofício da ANS que autorizou o reajuste aplicado, nome, código e número de registro do plano e o mês previsto para o próximo reajuste, conforme disposto no art. 10 da RN 171, de 2008.

180. Abaixo, são ilustrados na Figura 1 o fluxo de procedimentos, de forma simplificada, para definição do índice máximo de reajuste, com os respectivos atores envolvidos em cada etapa:

Figura 1 – Processo de definição do índice teto de reajuste de planos individuais



Fonte: Elaboração própria, baseado em diagrama constante do processo de levantamento realizado na ANS, em 2011.

**ACHADO III: Insuficiência dos mecanismos existentes no sistema RPC para evitar a inserção de comunicados de reajuste com erros**

181. O RPC (Sistema de Comunicado de Reajuste de Planos Coletivos) não possui mecanismos suficientes de validação das informações inseridas pelas operadoras, o que resulta na introdução no sistema de comunicados de percentuais de reajuste com erros. Esses dados são utilizados no cálculo do percentual máximo de reajustes dos planos individuais. Tanto o aumento quanto a redução artificial do percentual calculado, decorrente dos erros nas bases de dados, geram riscos de prejuízo ao consumidor, no caso de aumento inadequado, e de prejuízo à sustentabilidade do setor, no caso de diminuição indevida. Em ambos os casos, gera-se risco à atuação regulatória decorrente de decisões baseadas em dados com ruídos possivelmente elevados.

182. A ANS, em atenção ao pedido de descrição das atividades executadas no âmbito do monitoramento da evolução dos preços dos planos coletivos, formulado por meio do Ofício 0245/2016-TCU/SecexSaúde (peça 88), discorreu em sua resposta, constante do Ofício 007/2016-AUDIT/ANS (peça 90), sobre detalhes das atividades de monitoramento dos comunicados de reajuste coletivo para fins de cálculo do reajuste individual em 2016.

183. Em sua resposta, a ANS esclarece que durante o envio pelas operadoras de comunicados de reajustes em planos coletivos é possível haver a inserção de dados com

irregularidades, nos seguintes termos (peça 90, p. 13 – sublinhou-se):

*‘As operadoras são responsáveis pelas informações enviadas, que devem refletir suas negociações anuais de reajuste de acordo com as normas estabelecidas para tal procedimento. Assim sendo, a base do RPC está sujeita a incluir comunicados com irregularidades - quer sejam oriundas de erros de preenchimento dos dados enviados ou de erros de interpretação e aplicação das normas em vigor.’*

184. Como meio de reduzir a introdução de erros na base de dados, a ANS informa que os comunicados enviados pelas operadoras são submetidos a critérios iniciais de preenchimento que são verificados pelo sistema de recepção de arquivos da agência antes de serem aceitos para incorporação à base de dados do RPC. Esse procedimento padrão adotado pelos sistemas da ANS é destinado a impedir a entrada de erros básicos de preenchimento nos comunicados (por exemplo, comunicado com registro de operadora inexistente).

185. Após a incorporação dos comunicados de reajustes à base de dados do RPC, alguns procedimentos de limpeza e tratamento da base de dados são ainda executados para preparação dos dados para realização do cálculo do percentual máximo de reajuste dos planos individuais, a saber:

- **Exclusão de Duplicidades:** exclusão de comunicados de reajuste duplicados, isto é, com conteúdo quase idêntico;

- **Padronização do Campo Texto da Justificativa Técnica:** inclusão ou exclusão do comunicado de acordo com o conteúdo textual do item do formulário ‘Justificativa Técnica’, que tem sido utilizado como ‘solução temporária para capturar informações adicionais dos comunicados, até que se possa atualizar o sistema RPC com campos padronizados específicos para tais informações’;

- **Tratamento de Comunicados Múltiplos:** inclusão ou exclusão do comunicado de acordo com um conjunto de regras que levam em consideração a existência de outros comunicados anteriores referentes ao mesmo plano;

- **Exclusão de outliers:** exclusão dos comunicados com percentuais muito pequenos ou muito grandes, utilizando a técnica **box-plot**, com o multiplicador de intervalo interquartil de 1,5.

186. Ainda segundo a ANS, em 2016 alguns cruzamentos entre os dados do RPC e do SIB (Sistema de Informações de Beneficiários) foram relacionados. Comparou-se o número de beneficiários em planos coletivos registrado no SIB com a soma da quantidade de beneficiários informados em todos os comunicados submetidos entre março de 2015 e fevereiro de 2016, de cada operadora. Nessa comparação, identificou-se que algumas operadoras comunicaram reajustes informando quantitativo de beneficiários muito superior ao registrado no SIB.

187. Após a constatação dessas discrepâncias, as operadoras foram diligenciadas para prestar esclarecimentos ou envio de correções. Algumas delas teriam corrigido os respectivos comunicados no RPC, porém, mesmo após o encerramento do prazo de envio das correções, três operadoras continuaram a apresentar divergências significativas em relação à soma das quantidades de beneficiários informadas nos comunicados inseridos no RPC e o número de beneficiários registrados no SIB. Em somente uma destas operadoras, a diferença atingiu o número de 498.955 beneficiários. Os comunicados dessas três operadoras foram excluídos da base de dados para fins de cálculo do percentual máximo de reajuste dos planos individuais.

188. Ademais, ainda nas análises do RPC de 2016, foi implementado novo procedimento de monitoramento: foram identificadas e diligenciadas, para que confirmassem os dados dos comunicados de reajuste, as operadoras que apresentavam ao menos 1.000 beneficiários com reajustes atípicos (**outliers**) e as operadoras que comunicaram os quinze ‘índices de reajuste mais relevantes’. Como resultado, 48 das 105 operadoras diligenciadas (cerca de 46%) enviaram retificações e/ou cancelamentos de 1.613 comunicados totalizando 541.741 beneficiários.

189. Ainda sobre atividades de monitoramento de reajustes, a ANS descreve atividades de monitoramento de contratos agrupados (**pool** de risco) e de confirmação da veracidade das

informações contidas nos comunicados de reajuste, mediante a notificação de algumas operadoras, escolhidas por meio de amostragem, para envio de documentação comprobatória de aplicação dos reajustes comunicados. Na época do envio do Ofício 007/2016-AUDIT/ANS (peça 90), essa atividade de monitoramento ainda estava em execução.

190. Diante do exposto, constata-se que a ANS adota várias medidas para aumentar a probabilidade de que os dados do RPC utilizados no cálculo do percentual máximo de reajuste dos planos individuais sejam os mais fidedignos possíveis.

191. Os vários procedimentos de limpeza, tratamento e monitoramento dos dados do RPC evidenciam a preocupação com a redução de risco de uso de dados com número elevado de erros no cálculo do percentual máximo de reajuste dos planos individuais. Contudo, a existência desses procedimentos também demonstra a existência de deficiências nos mecanismos de validação dos dados inseridos, uma vez que muitos dos erros introduzidos poderiam ser evitados antes mesmo da incorporação dos comunicados à base de dados da agência.

192. Ainda que os procedimentos de limpeza, tratamento e monitoramento sejam efetivos para tornar os dados adequados ao cálculo do percentual de reajuste máximo dos planos individuais, seria mais eficiente e econômico implementar mecanismos de validação nos sistemas informatizados da ANS para impedir a inserção de dados com erros. Desta forma, não se despenderiam recursos com diligências desnecessárias - mormente a dedicação de força de trabalho da agência, que tem sido invocada como insuficiente nos trabalhos de fiscalização realizados pelo Tribunal - e se mitigariam os riscos decorrentes de uso de dados incorretos, o que pode repercutir negativamente na definição de percentuais de reajustes de planos de saúde, tema que vem sendo objeto de preocupação da população, consoante relatos e informes de instituições atuantes na defesa de consumidores.

193. O processo de envio de comunicados seria mais eficiente se houvesse integração entre o RPC e o SIB, e durante o procedimento de envio de comunicados fosse realizado de forma automática o cruzamento do número de beneficiários informado no RPC com o número previamente cadastrado no SIB. A própria existência de um campo no formulário do RPC para inserção do número de beneficiários afetados pelo reajuste, informação que consta ou deveria constar no SIB, consiste em evidente problema de falta de integração e deficiência na modelagem das bases de dados da agência, pois consiste em redundância não controlada de dados, que, segundo Heuser, 1998:

*‘Acontece quando a responsabilidade pela manutenção da sincronia entre as diversas representações de uma informação está com o usuário e não com o **software**. Este tipo de redundância **deve ser evitado**, pois traz consigo vários tipos de problemas:*

#### **Redigitação**

*A mesma informação é digitada várias vezes. (...)*

#### **Inconsistências de dados**

*A responsabilidade por manter a sincronia entre as informações é do usuário. Por erro de operação, pode ocorrer que uma representação de uma informação seja modificada, sem que as demais representações o sejam. (...)*

194. Portanto, uma solução ainda mais eficiente para evitar a inserção de números de beneficiários com erros no RPC consistiria em evitar a redundância de dados e modelar as bases dos dois sistemas de forma integrada (possivelmente com a integração de outros sistemas, como SIP e DIOPS). Desta forma, ao comunicar um reajuste efetuado, a operadora informaria somente a referência do produto/plano/contrato, o percentual e período do reajuste.

195. Por meio dos comentários dos gestores, a ANS informou que iniciou em 2015 o monitoramento dos contratos coletivos e que em 2016 este monitoramento foi intensificado.

196. Desta forma, é plausível supor que a falta de mecanismos de validação no RPC para evitar a inserção de dados incorretos tenha permitido a introdução de ruídos nos cálculos dos índices de reajuste dos exercícios anteriores, cujo impacto é de difícil mensuração.

197. Outros problemas de integração entre sistemas na ANS foram recentemente registrados

na auditoria operacional objeto do TC 023.176/2015-6. Na Nota Técnica 04/DIRAD/DIGES/2016, anexa a ofício constante do referido processo (peça 50, p. 54-57), a ANS admite haver dificuldades na área de Tecnologia da Informação, e que:

*‘Os diferentes sistemas de informações demandados pelas diretorias não se encontram integrados, refletindo a constatação do comportamento das diretorias como entidades autônomas.*

*(...)*

*Os diferentes sistemas existentes na ANS, e suas informações, são desenvolvidos e mantidos sob a gestão das respectivas diretorias demandantes, dificultando o pronto compartilhamento e utilização das informações armazenadas para o desenvolvimento e eficiência da atividade regulatória da ANS, impossibilitando a integração das diferentes áreas.’*

198. *Embora não se possa concluir que o volume de erros contidos nos dados do RPC influencie ou tenha significativamente influenciado nos anos anteriores o resultado do cálculo do percentual máximo de reajuste dos planos individuais, não se pode ignorar o risco de que isto tenha acontecido e que ainda esteja acontecendo. Portanto, manter o sistema como está significa manter os riscos de que a metodologia de cálculo do percentual máximo de reajuste dos planos individuais resulte em valor inadequado, o que pode trazer prejuízo tanto ao consumidor, no caso de aumento indevido do percentual autorizado, quanto à sustentabilidade do setor, no caso de diminuição. Em ambos os casos, gera-se também risco à atuação regulatória decorrente de decisões baseadas em dados com ruídos possivelmente elevados.*

199. *Buscando mitigar os riscos decorrentes da introdução de erros no RPC, o relatório preliminar propôs recomendar à ANS a inclusão em seu Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI) de metas e ações tendentes ao aprimoramento da integração dos sistemas e bancos de dados da Agência, de modo que se criasse um modelo de dados unificado compartilhado pelos sistemas de todas as diretorias da ANS.*

200. *Por meio dos comentários dos gestores, a ANS informou que o banco de dados da Agência é integrado e único e segue as regras de normalização e boas práticas de mercado (peça 111, p.53), o que poderá ser objeto de verificação quando do monitoramento do cumprimento das deliberações decorrentes do acórdão que vier a ser prolatado em razão deste Relatório, e encaminhou o PDTI para o triênio 2016-2018 (peça 111, p. 56-73), no qual consta como um dos objetivos estratégicos da área de tecnologia da informação a integração dos sistemas da Agência e o aperfeiçoamento da comunicação com as operadoras, prestadores e beneficiários da saúde suplementar, por meio da implantação de barramento de arquitetura orientada a serviços (SOA) (peça 111, p. 54).*

201. *De acordo com a descrição do objetivo estratégico 4 de Tecnologia da Informação para o biênio 2016-2018:*

*‘A transmissão dos dados obrigatórios pelas operadoras de planos privados de saúde para a ANS ocorre hoje por troca de arquivos, num processo considerado ideal conforme as melhores práticas de segurança. Já o acesso aos bancos de dados da ANS por parte dos beneficiários se dá através dos aplicativos desenvolvidos pela própria ANS. A implantação de um barramento de serviços SOA (arquitetura orientada a serviços, que emprega componentes abertos e interoperáveis) visa facilitar a criação de serviços para transmissão automatizada e mais segura dos dados, assim como possibilitar o acesso mais dinâmico às bases da ANS e o desenvolvimento de aplicativos por terceiros utilizando-se destas informações. A integração entre os sistemas da ANS também é uma demanda importante da instituição, que será apoiada pela implantação do barramento.’*

202. Neste ponto, deve-se destacar as constatações do Relatório de Monitoramento da sistemática adotada para o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde dos serviços prestados a pacientes beneficiários de planos de assistência, objeto do TC 021.280/2016-9, quanto à Governança de Tecnologia de Informação (TI) da ANS.

203. A equipe responsável pelo monitoramento, realizado no ano de 2016, observou que houve retrocesso em relação à Governança de TI da Agência, em comparação a 2012, e destacou as diferenças significativas existentes entre o PDTI do período 2012-2015 e a versão de 2016-2018, destacando que, enquanto o anterior teria sido elaborado como efetivo instrumento de diagnóstico, planejamento e gestão, o atual possuiria fragilidades patentes, que o tornariam pouco efetivo para concretização dos fins aos quais se destina (peça 40, p. 41, TC 021.280/2016-9).

204. Nele não há, de acordo com o relatório: alinhamento das metas e ações de TI com o planejamento estratégico da Agência; priorização de ações, tampouco metodologia para priorização; plano de gestão de riscos; declaração de missão, visão e valores do setor de TI; explicitação dos princípios e diretrizes utilizados para definição de metas e ações; e descrição de estruturas organizacionais, como recursos humanos, processos de trabalho e ambiente tecnológico.

205. O Relatório de Acompanhamento ressalta que, embora o Comitê de Tecnologia da Informação deva se reunir trimestralmente, na prática um número inferior de reuniões tem ocorrido e que os problemas observados, dentre os quais falta de alinhamento estratégico, de priorização das ações de TI por parte da alta administração e de uso da análise de riscos como instrumento auxiliar na tomada de decisões, podem prejudicar a capacidade de a TI gerar valor para a organização. Cenário potencialmente agravado na ANS, pelo fato de a Agência ter um quadro de pessoal fortemente terceirizado.

206. O Acórdão 3078/2016-Plenário, de relatoria do Ministro Bruno Dantas, recomendou à ANS que adotasse, no prazo de noventa dias, providências com vistas a revisar o Plano Diretor de Tecnologia da Informação para o triênio 2016-2018, observando, no que couber, o Guia de Elaboração de Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI) do Sistema de Administração de Recursos de Tecnologia da Informação (SISP), em conformidade com o disposto no art. 4º da Instrução Normativa 04/2014-SLTI/MPOG.

207. Considerando que o PDTI vigente na Agência Reguladora já prevê dentre os objetivos estratégicos a integração dos sistemas, entende-se pertinente excluir a recomendação existente no relatório preliminar quanto ao PDTI, salientando que a integração dos sistemas e seus reflexos nos procedimentos utilizados pela ANS para definição do índice máximo de reajuste dos planos individuais poderão ser verificados no âmbito do monitoramento que vier a ser instaurado para verificação do cumprimento das deliberações que vierem a ser adotadas em decorrência do presente relatório, conforme art. 243 do Regimento Interno deste Tribunal.

208. Espera-se que com a integração dos sistemas mitigue-se o risco de desvios significativos no cálculo do percentual máximo de reajuste autorizado para os planos individuais; e que se evite o desperdício de recursos com procedimentos de limpeza, monitoramento e correção de desvios que serão potencialmente tornados desnecessários. No longo prazo, espera-se que haja aumento de efetividade, eficiência, eficácia e economicidade nas ações regulatórias da Agência em decorrência da existência de sistemas de informações e bancos de dados integrados.

#### **ACHADO IV: Déficit de transparência na metodologia de cálculo do percentual máximo de reajuste dos planos individuais**

209. A metodologia utilizada pela ANS para a definição dos percentuais de reajuste dos planos individuais e familiares não está estabelecida em norma e nem se encontra disponível no site da Agência. Desde 2011 é utilizada a metodologia de cálculo descrita na Nota Técnica 1060/2010/GGEFP/Dipro/ANS (peça 40, p. 8 e 23-25). Embora a ANS afirme publicamente que 'a metodologia aplicada para obtenção do índice máximo tem sido a mesma desde 2001', na prática observa-se que a cada ano a metodologia tem sofrido modificações que não são descritas nem apresentadas de forma transparente em documentos acessíveis ao público em geral.

210. Segundo a própria ANS, no Memorando 56/2016/GEFAP/GGREP/DIPRO (peça 97, p. 4-15), ‘apesar da estabilidade verificada ao longo do tempo do principal elemento da metodologia de cálculo do índice de reajuste de planos individuais (a média dos reajustes de planos coletivos ponderada pelo número de beneficiários), a Agência tem aprimorado tal metodologia’. A lista de modificações metodológicas efetuadas ao longo dos anos é resumida na Tabela 7, constante do mesmo memorando, abaixo reproduzida:

Tabela 7 – Evolução da Metodologia de Cálculo do Índice ANS

Aplicação	Índice	Metodologia
mai/00 a abr/01	5,42%	Índice setorial baseado no IPCA
mai/01 a abr/02	8,71%	Média simples dos planos coletivos (75%) + IPCA (25%)
mai/02 a abr/03	7,69% / 9,39%	Média ponderada, Box Plot 3, base completa + Programa de valorização da consulta médica
mai/03 a abr/04	9,27%	Introdução do fator moderador
mai/04 a abr/05	11,75%	Sem mudanças
mai/05 a abr/06	11,69%	Sem mudanças
mai/06 a abr/07	8,89%	Sem mudanças no cálculo/Comunicados > = 50 vidas
mai/07 a abr/08	5,76%	Sem mudanças no cálculo/ Exclusão da retroalimentação
mai/08 a abr/09	5,48%	Trimédia dos coletivos, Box plot 1,5
mai/09 a abr/10	6,76%	Sem mudanças no cálculo + Impacto de fatores exógenos
mai/10 a abr/11	6,73%	Média ponderada/ Comunicados > = 30 vidas
mai/11 a abr/12	7,69%	Sem mudanças
mai/12 a abr/13	7,93%	Sem mudanças + Impacto de fatores exógenos
mai/13 a abr/14	9,04%	Sem mudanças + Impacto de fatores exógenos
mai/14 a abr/15	9,65%	Sem mudanças
mai/15 a abr/16	13,55%	Exclusões por monitoramento da base, contratos >= 30 vidas, pro-rata pelo período de aplicação, Vigência da IN 47/14 + impacto de fatores exógenos

Fonte: 56/2016/GEFAP/GGREP/DIPRO (peça 97, p. 6)

211. A falta de transparência dificulta a participação das partes interessadas na avaliação da metodologia e de suas evoluções. O possível duplo impacto da atualização do rol de procedimentos no cálculo do percentual máximo de reajuste dos planos individuais (descrito em mais detalhes no achado V) poderia ter sido evitado caso estivesse descrito detalhadamente em normativo da agência, disponível às partes interessadas, de forma transparente.

212. Desta forma, em observância aos princípios da publicidade e da transparência, entende-se cabível determinar à Agência Nacional de Saúde Suplementar que edite normativo contendo detalhamento da metodologia utilizada na definição do índice máximo de reajuste dos planos individuais/familiares.

213. Espera-se que, com a implementação da determinação proposta, haja mais transparência na metodologia de cálculo do percentual máximo de reajuste dos planos individuais, e, conseqüentemente, os beneficiários de planos de saúde sejam municiados de informações que os empodere nas relações negociais, bem como seja mitigado o risco de introdução de falhas nas eventuais próximas alterações da metodologia.

#### **ACHADO V: Insuficiência de mecanismos para evitar a ocorrência do duplo impacto da atualização do rol de procedimentos**

214. A partir de 2009, a ANS passou a calcular um percentual específico de reajuste, referente ao impacto dos fatores exógenos sobre as despesas das operadoras, como a atualização do rol de procedimentos médicos, morbidades epidêmicas ou pandêmicas e outros fenômenos extraordinários que afetam o custo das operadoras (peças 41, p. 34-61, e 40, p.1-11). Contudo, como

a atualização do rol de procedimentos médicos já é considerada pelas operadoras na pactuação de reajustes dos planos coletivos, não há justificativa para a adição de uma parcela adicional referente a eles no cálculo do percentual máximo de reajuste dos planos individuais.

215. A inclusão de um percentual específico de reajuste referente à atualização do rol de procedimentos pode impactar em duplicidade os reajustes dos planos individuais, uma vez que essa atualização também impacta na definição dos percentuais de reajuste dos planos de saúde coletivos, visto que acarreta o crescimento das despesas assistenciais das operadoras. Assim, os fatores exógenos podem influenciar na definição do percentual de reajuste quando a ANS calcula o percentual separadamente e influencia também quando a ANS utiliza a média dos reajustes dos planos coletivos, que também consideraram na sua composição de preços os fatores exógenos, em virtude do crescimento das despesas assistenciais. Na leitura das notas técnicas de reajuste, não se verificou que a ANS adotasse qualquer procedimento de forma a evitar este duplo impacto.

216. Em reunião realizada na ANS no dia 6/3/2015, técnicos da Agência reconheceram que o estabelecimento de um percentual de reajuste referente à atualização do rol de procedimentos, que está embutido no percentual referente aos eventos exógenos, pode acarretar uma dupla contabilização da atualização do rol, mas que não é possível afirmar com certeza qual o seu impacto nos reajustes anuais máximos autorizados pela ANS.

217. É importante registrar que nos exercícios de 2012, 2013 e 2015 o percentual máximo de reajuste foi majorado em decorrência do duplo impacto da atualização do rol, o que pode ter trazido prejuízos aos beneficiários de planos individuais. Uma vez que os valores atuais das contraprestações dos planos individuais de contratos anteriores a 2012 foram impactados três vezes pela adição da parcela dos fatores exógenos, os beneficiários desses planos podem atualmente estar pagando contraprestações que foram reajustadas irregularmente. Ademais, os próximos reajustes percentuais serão calculados com base em um valor absoluto maior, portanto também serão majorados devido à inclusão da parcela dos fatores exógenos nos exercícios anteriores.

218. Desta forma, entende-se cabível determinar à ANS que, ao estabelecer o índice de reajuste anual dos planos de saúde individuais, adote procedimentos que possibilitem eliminar o duplo impacto da atualização do rol de procedimentos, considerando que a atualização do rol de procedimentos é considerada pelas operadoras de planos de saúde na definição dos reajustes dos planos de saúde coletivos, que são utilizados para o cálculo do reajuste dos planos individuais, e é considerada, outrossim, no percentual específico referente ao 'impacto de fatores exógenos'.

219. Espera-se, com a implementação da determinação proposta, que haja redução do percentual de reajuste máximo dos planos individuais nos próximos anos, beneficiando cerca de 9,4 milhões de beneficiários.

## **5 AÇÕES DA ANS EM ATENDIMENTO ÀS RECLAMAÇÕES DOS USUÁRIOS QUANTO AOS REAJUSTES DAS MENSALIDADES**

220. Neste capítulo, são apresentadas as informações relacionadas às medidas adotadas pela ANS para atender às reclamações dos usuários dos planos de saúde quanto aos reajustes das mensalidades. Visam a responder à seguinte questão de auditoria:

3 – A ANS adota ações destinadas ao atendimento dos beneficiários quanto aos reajustes das mensalidades?

221. De janeiro de 1999 a outubro de 2014, a ANS recebeu 11.176 reclamações quanto ao reajuste por sinistralidade, por variação de custos e por mudança de faixa etária. Este número pode parecer pequeno dentro do universo de 476.637 reclamações diversas recebidas pela Agência no mesmo período, mas, quando somado às reclamações realizadas nos Procons e aos processos judiciais contra reajustes abusivos, demonstra a insatisfação dos consumidores com os reajustes dos planos de saúde.

222. A Agência informou que, para atender à exigência da Lei 9.656, de 1998, art. 16, de fazer constar nos contratos de planos de saúde os critérios de reajuste e revisão das contraprestações

pecuniárias, a ANS estabeleceu, no Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde (Anexo I da Instrução Normativa - IN Dipro 23, de 2010, alterada pela IN Dipro 28, de 2010), as regras a serem observadas pelas operadoras para o reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias dos contratos de planos de saúde (peça 15, p. 7-9).

223. Entre as regras estabelecidas pela ANS, destaca-se a obrigatoriedade de constar nos contratos individuais e familiares que o reajuste ocorrerá anualmente, a partir da data de aniversário do contrato, e observará o índice autorizado pela ANS. Por sua vez, os contratos coletivos com formação de preço pré-estabelecido deverão especificar os critérios de reajuste das contraprestações e informar que eles serão comunicados à ANS (Tema XII – Anexo I – Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde).

224. A ANS estabeleceu ainda, por meio da Resolução Normativa 195, de 2009, que, como parte dos procedimentos para contratação ou ingresso aos planos individuais ou coletivos, as operadoras, inclusive as classificadas na modalidade de Administradora de Benefícios, deverão entregar ao beneficiário o 'Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde' e o 'Guia de Leitura Contratual'.

225. Os formulários utilizados pelas operadoras, pelas pessoas jurídicas contratantes ou pela Administradora de Benefícios para proposta de contratação ou adesão aos planos comercializados ou disponibilizados devem conter referência expressa à entrega desses documentos, com data e clara identificação das partes e eventuais representantes constituídos.

226. Deve-se destacar que o 'Manual de Orientação de Contratação de Planos de Saúde' informa que os planos coletivos não dependem de autorização prévia da ANS para aplicação do reajuste anual, devendo prevalecer o disposto no contrato ou o índice resultante de negociação entre a operadora de plano de saúde e a pessoa jurídica contratante.

227. O Guia de Leitura Contratual, por sua vez, define reajuste por variação de custos como 'o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços'.

228. Em consulta ao **site** da ANS, verificou-se a existência do 'Espaço do Consumidor', no qual estão reunidos **links** para informações como cobertura, contratação e troca de plano, reajustes. Por sua vez, no **link** 'Contratação e troca de planos de saúde', pode-se consultar, por exemplo, dicas para escolher um plano de saúde, no qual está informado que a ANS apenas acompanha os reajustes dos preços dos planos coletivos, enquanto que, no caso dos planos individuais/familiares, a Agência Reguladora limita o percentual de reajuste.

229. A Agência Reguladora ressaltou que edita anualmente cartilhas de orientação ao consumidor, que podem ser acessadas no endereço eletrônico da Agência, e que, na hipótese de os contratos não trazerem, de forma clara, os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias, é necessária a aplicação subsidiária do Código de Defesa do Consumidor (CDC), conforme art. 35-G da Lei 9.656, de 1998.

230. A ANS divulga o percentual do reajuste máximo autorizado para os planos individuais no seu **site** e exige que as operadoras informem, no boleto de pagamento enviado aos beneficiários, o percentual autorizado, o número do ofício da ANS que autorizou o reajuste aplicado, nome, código e número de registro do plano e o mês previsto para o próximo reajuste, conforme disposto no art. 10 da RN 171, de 2008.

231. No que concerne aos planos coletivos até trinta vidas, o art. 8º da RN 309, de 2012, dispõe que a operadora deverá divulgar até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manter em seu endereço eletrônico na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, bem como identificá-los com o código informado no sistema de Reajuste de Planos Coletivos da ANS e informar também os respectivos planos, com número de registro na ANS.

232. Desta forma, verificou-se que a Agência Reguladora adota procedimentos destinados a informar os beneficiários dos planos de saúde quanto aos reajustes dos planos individuais e coletivos. Entretanto, deve ser salientado um traço cultural que é o fato de o consumidor brasileiro não ser

*acostumado a ler contratos e que o momento da contratação é o momento mais importante para o consumidor ser informado, fazer perguntas, sanar dúvidas, de modo que uma atuação proativa da ANS nesse tema é salutar.*

233. *A respeito da atuação dos Corretores, pessoas físicas e jurídicas que realizam a angariação ou intermediação de negócios relacionados com os planos privados de assistência à saúde, os quais são regulamentados pela Lei 4.594, de 1964, atuam como canal de comunicação entre as operadoras e os clientes no momento da contratação do plano de saúde, especialmente de contratos individuais.*

234. *Acerca da competência para o exercício da fiscalização das atividades de corretores de seguro de saúde, existe divergência entre a ANS e a Superintendência de Seguros Privados (Susep). Para a Susep, o exercício da fiscalização sobre a intermediação na contratação de seguro saúde seria da ANS em face de legislação que teria retirado o ramo saúde da fiscalização daquela Superintendência (Despacho/SCADM/PF SUSEP 455/2010). Por sua vez, a ANS entende que as Leis 9.656, de 1998, 9.961, de 2000 e 10.185, de 2001, não transferiram para a Autarquia a competência de habilitação e fiscalização do exercício da profissão de corretor de seguro de saúde (Parecer 235/2013/PROGE/GECOS).*

235. *Submetido o assunto à Procuradoria Geral Federal, órgão vinculado à Advocacia Geral da União, foi emitido o Parecer 31/2013/DEPCONSU/PGF/AGU, contendo opinião pelo reconhecimento da competência da Susep para exercer a fiscalização e apuração da conduta de corretores de seguros de saúde.*

236. *De qualquer forma, dado que a venda ou a intermediação de planos de saúde, além de reunir milhares de pessoas em todo o país, representa uma etapa decisiva e crucial no processo de incorporação de usuários no Sistema de Saúde Suplementar, nada obsta que, com fundamento na Lei 9.961, de 2000, art. 3º, em defesa do interesse público, a ANS inclua em normativo a responsabilização das operadoras de planos de assistência à saúde, inclusive as seguradoras especializadas em saúde, que colocam os produtos no mercado por intermédio de corretores, pessoas físicas ou jurídicas, caso esses profissionais venham a cometer alguma irregularidade que prejudique o consumidor.*

237. *No entanto, em manifestação sobre o relatório preliminar, os gestores apresentaram ponderações (peça 80, Nota 08/2015/ANS, itens 195, 196 e 264-286) que são aqui consideradas. A ANS informou que a Agência já firmou entendimento quanto ao papel do corretor como braço atuante da operadora, consoante a Súmula Normativa 19, de 28/7/2011, da Diretoria Colegiada da Agência.*

238. *Destaca que, com o objetivo de garantir a proteção ao consumidor, a ANS publicou recentemente a Súmula Normativa 27, de 10/6/2015 (DOU de 11/6/2015), que reforça o entendimento quanto à determinação de que nenhum beneficiário pode ser impedido de adquirir plano de saúde em função da sua condição de saúde ou idade. Também não pode haver exclusão de clientes pelas operadoras por esses mesmos motivos. Ou seja, é absolutamente vedada a prática da chamada seleção de risco por parte das operadoras. Essa norma vale tanto para planos individuais e familiares como para planos coletivos empresariais ou por adesão.*

239. *De acordo com essa Súmula Normativa 27, nas contratações de planos coletivos empresariais ou por adesão, a proibição se aplica tanto à totalidade do grupo como também para um indivíduo ou parte dos membros. Essa determinação existe desde a publicação da Lei 9.656, de 1998, que dispõe sobre a regulação das operadoras de planos de saúde no Brasil. A ANS reforça o entendimento dessas regras para as operadoras, beneficiários, contratantes e corretores, deixando ainda mais clara essa questão com a redação da súmula. O objetivo é assegurar ao consumidor que ele tem o direito de adquirir um produto no setor de saúde suplementar sem restrições discriminatórias.*

240. *Faz referência também à RN 376, de 28/4/2015, que altera a RN 295, de 2012, determinando que as operadoras prestem informações a seus beneficiários sobre as principais características dos planos coletivo empresarial, coletivo por adesão e individual ou familiar, para que*

não haja dúvida sobre o produto contratado. Os esclarecimentos serão prestados aos beneficiários que já têm planos e também aos novos beneficiários, no momento da contratação. A norma faz parte da atualização da lista básica de informações que devem ser prestadas pelas empresas aos beneficiários, exigidas desde janeiro de 2016, juntamente com as demais determinações estabelecidas pela RN 360, de 2014, destacando-se as informações constantes no Anexo I que foi acrescido a essa RN pela RN 376/2015.

241. Acrescenta que os beneficiários também podem entrar em contato com a ANS, por meio dos seguintes canais de relacionamento: Disque ANS (0800 701 9656); Portal da ANS ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)); e Núcleos da ANS em doze cidades localizadas nas cinco regiões do Brasil.

242. Esclarece que, após a contratação do plano, no caso de identificação de eventual desconformidade jurídica no vínculo de elegibilidade para ingresso de beneficiários em planos coletivos, previstos nos arts. 5º e 9º da RN 195, de 2009, o art. 32 desta RN protege o beneficiário declarando que o contrato se constituirá em vínculo direto e individual com a operadora, equiparando-se para todos os efeitos legais ao plano individual ou familiar. Assim, o próprio beneficiário deverá relatar o fato à sua operadora, que deverá tomar as devidas providências. No caso de a operadora não tomar providências, o beneficiário deverá fazer uma reclamação na ANS junto aos canais de relacionamento já mencionados. A operadora será notificada e estará sujeita a sofrer sanções, caso constatada a infração.

243. Informa ainda que a ANS colocou em consulta pública, em 27/5/2015, uma proposta de resolução normativa com o objetivo de melhorar o atendimento das operadoras de planos de saúde aos consumidores.

244. Deve-se observar a publicação da Resolução Normativa 395, de 14/1/2016, que define regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação, como prazos para o fornecimento de informações e a oferta de atendimento presencial e telefônico. De acordo com a Agência, o atendimento presencial no modelo proposto pela ANS reduzirá os problemas existentes no ato da contratação de planos de saúde e fortalecerá com maiores elementos informativos a ação fiscalizatória da Agência.

245. Nos comentários do gestor formulados ao relatório preliminar, encaminhados por meio do Ofício 14/2017/Audit/ANS de 23 de março de 2017, a ANS informa a publicação, na página da Agência na internet, em 15/7/2015, da Cartilha da Contratação de Planos de Saúde, elaborada com o propósito de trazer de forma objetiva e em linguagem de fácil leitura para o consumidor os principais aspectos que devem nortear a escolha de um plano de saúde, como: tipos de contratação (individuais ou familiares, coletivos empresariais e coletivos por adesão); área geográfica de abrangência e área de atuação; segmentação assistencial; serviços e coberturas adicionais; prazos de carência permitidos por lei; a existência de regras específicas para a utilização dos serviços; o preço e as regras de reajuste para os planos individuais ou familiares e coletivos com mais ou menos de trinta vidas.

246. A ANS informou também a publicação na página da Agência na internet da Cartilha dos Demitidos e Aposentados e da Cartilha sobre Garantia de Atendimento pelos Planos de Saúde. A Cartilha dos Demitidos e Aposentados, publicada em 25/1/2016, destina-se aos empregados e ex-empregados que participam ou participaram do pagamento do plano de saúde coletivo empresarial contratado a partir de 1999 e busca trazer de forma objetiva e em linguagem de fácil entendimento os principais aspectos da Resolução Normativa 279/2011, que regulamenta o direito de manutenção da condição de beneficiário de plano privado de assistência à saúde, mesmo após a ocorrência de demissão sem justa causa ou de aposentadoria.

247. A Cartilha sobre Garantia de Atendimento pelos Planos de Saúde, por sua vez, apresenta informações sobre os prazos para a realização de consultas, exames e cirurgias; orientações sobre reembolso; necessidade de solicitação de protocolo de atendimentos, além de

*informar aos consumidores sobre a existência dos canais de comunicação da ANS para registro de reclamações e mediação de conflitos.*

248. *Por fim, deve-se observar que a ANS publicou a Resolução Normativa 413 de 11/11/2016, que dispôs sobre a contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde, disciplinando as informações que devem obrigatoriamente ser fornecidas aos interessados, anteriormente à finalização da contratação, como formação do preço, tipo de contratação e suas peculiaridades, serviços e coberturas adicionais.*

249. *Desta forma, deixa-se de propor a inclusão, em normativo que disciplina a contratação dos planos privados de assistência à saúde, de responsabilização das operadoras que disponibilizam os produtos no mercado por intermédio de corretores.*

250. *Quanto ao atendimento das reclamações dos beneficiários, a ANS informou, por meio do Ofício 661/2014/DIRAD/DIFIS, de 17/10/2014, que a notificação de intermediação preliminar (NIP) pode ser utilizada tanto para as reclamações dos beneficiários quanto ao reajuste dos planos de saúde.*

251. *Segundo ainda a ANS, anteriormente cada reclamação era analisada individualmente, sistemática esta alterada a partir de 2006, quando se passou a privilegiar a celeridade da resolução dos conflitos inerentes ao setor de saúde suplementar, balizando suas ações, entre outros aspectos, na mediação ativa de conflitos (peça 66, p. 5).*

252. *Consequentemente, lançou-se mão de diferentes instrumentos, como a NIP. Tal dispositivo comunicacional de mediação ativa tem a finalidade de estabelecer ligação adequada e ágil entre beneficiários/consumidores e operadoras de planos de saúde em decorrência de demanda sobre negativa de cobertura assistencial. Originalmente, apresentava as seguintes potencialidades: para o beneficiário/consumidor, uma resposta mais rápida sobre o seu problema; para a operadora, a possibilidade de equacionamento de problemas decorrentes de situações particulares e, principalmente, da efetivação do instituto da reparação voluntária e eficaz – RVE; e para a ANS, a diminuição do número de processos administrativos.*

253. *Inicialmente, a RN 226, de 2010, que tratava do tema, apenas contemplava a notificação que se referisse a restrições de acesso à cobertura assistencial e, portanto, não abrangia reclamações referentes a reajustes ou a descumprimento contratual. Assim, as reclamações relativas aos reajustes de planos continuavam a ser tratadas em processo administrativo, não passando pelo estágio mais célere da NIP (processado em meio eletrônico). Foi então editada a RN 343, de 2013, trazendo nova perspectiva à NIP, passando a se chamar: notificação de intermediação preliminar. Com esse normativo, a NIP passou a ser o instrumento inicial de análise das demandas de reclamações de natureza assistencial e não assistencial (reajustes, cumprimento de carência, descumprimento contratual, entre outros), cadastradas na ANS.*

254. *A notificação de intermediação preliminar tem as seguintes fases: cadastro da demanda; publicação da NIP no espaço da operadora no site da ANS; recebimento de resposta da operadora; contato com o consumidor para saber se sua reclamação foi resolvida; distribuição das demandas para a fase seguinte; e encerramento automático no sistema das ‘demandas resolvidas’ (NIP não assistencial) e ‘demandas inativas’ (NIP assistencial).*

255. *Quanto às demandas não assistenciais, cujo tema indique infração de natureza potencialmente coletiva, como reajuste por variação anual de custos e redimensionamento de rede hospitalar, também serão direcionadas para abertura de processo administrativo sancionador, independentemente do retorno do consumidor.*

256. *Todavia, em reunião realizada na sede da ANS no Rio de Janeiro no dia 23/10/2014, a equipe técnica da Agência Reguladora informou que, quando demandada sobre os reajustes dos planos de saúde coletivos, orienta os beneficiários a procurar a pessoa jurídica contratante, que é quem conhece os custos e a receita do contrato do plano de saúde. Ressaltou, ainda, que não cabe à ANS prestar consultoria a entidades contratantes de planos de saúde.*

257. *Para a professora Élvia Fadul, no texto ‘Dinâmica contemporânea na regulação de*

*serviços públicos’, publicado no livro ‘Regulação no Brasil’, a salvaguarda dos direitos dos usuários é também uma função da regulação e consta das finalidades das agências reguladoras, que devem garantir segurança e qualidade dos serviços aos menores custos possíveis e dirimir conflitos entre consumidores e empresas, prevenindo o abuso do poder econômico. Entende ainda que, como a atuação do setor privado repousa na perspectiva da rentabilidade, privilegiando mais os interesses econômicos do que os sociais, preservar os direitos dos usuários deve ir além do entendimento da regulação como um simples mecanismo de estabelecimento de tarifas, de quantificação de metas de atendimento, de definições de padrões de desempenho e de tamanho do mercado, como forma de zelar pela qualidade do serviço e assegurar a universalidade.*

258. *Todavia, a ANS não é a esfera competente para se pleitear indenizações, mas sim para pleitear o cumprimento das normas e regulamentos da saúde suplementar. Não obstante, é função da Agência Reguladora verificar se o binômio prestação adequada do serviço e justa remuneração da operadora está sendo atendido.*

259. *A respeito das medidas adotadas pela ANS em virtude da articulação feita com os órgãos de defesa do consumidor visando à eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, conforme previsto no art. 4º, inciso XXXVI, da Lei 9.961, de 2000, os dirigentes informaram que o conjunto dos Núcleos da ANS apresenta quinze acordos de cooperação firmados e um Fórum Permanente de Saúde Suplementar, coordenado pela Defensoria Pública de Pernambuco. A maioria dos Núcleos participa de eventos junto aos órgãos de defesa do consumidor (Procons estaduais e municipais, Ministério Público e Defensoria Pública, fóruns, sindicatos, comitês e comissões, promotorias e secretarias).*

260. *Considerando que a auditoria não analisou os procedimentos efetivamente adotados pela Agência no atendimento às reclamações dos beneficiários de planos de saúde, a exemplo de análises de transcrições de ligações telefônicas recebidas pelo **call center** e das medidas adotadas pela Agência, em decorrência das reclamações, inclusive para esclarecer a contradição apresentada nos parágrafos 257 e 258, não é possível afirmar que a ANS adota medidas em decorrência das reclamações apresentadas pelos beneficiários e tampouco é possível formular propostas de recomendações ou determinações. Todavia, foi possível concluir que a Agência adota medidas para impor o cumprimento de exigência da Lei 9.656, de 1998, quanto às informações que devem constar nos contratos relativamente ao percentual de reajuste autorizado (art. 10 da RN ANS 171/2008), e, desta forma, entende-se que não há propostas de recomendações e de determinações a serem apresentadas quanto ao tema.*

## **6 OUTRAS CONSTATAÇÕES**

261. *Neste capítulo, registra-se algumas informações relevantes constatadas durante a auditoria, que não estão diretamente relacionadas a achados ou deliberações, mas que podem ser úteis em trabalhos futuros.*

### **6.1 Modelo ineficiente de remuneração de hospitais (fee-for-service)**

262. *No curso dos trabalhos de auditoria, especialmente nas entrevistas realizadas com as associações das operadoras de planos de saúde, foi apontado como o grande problema do setor de saúde suplementar os custos para a prestação dos serviços e que, dessa forma, os reajustes são apenas o reflexo dos custos.*

263. *Identificou-se que, no Brasil, os hospitais são remunerados segundo o modelo **fee for service** ou ‘conta aberta por unidade de serviço’. Neste modelo, todos os insumos e serviços utilizados na assistência ao paciente são discriminados detalhadamente quando da apresentação da conta hospitalar à operadora.*

264. *Do ponto de vista profissional, este modelo de pagamento tem a justificativa de permitir uma preocupação integral do médico com o paciente, permitindo ofertar-lhe tudo que seja necessário, sem qualquer restrição, já que o pagamento é realizado após a prestação do serviço. De outro lado, a principal crítica é a sua potencialidade para gerar estímulo à sobreprestação de serviços,*

principalmente dos mais rentáveis, pois quanto mais procedimentos o hospital realizar, mais ele receberá (TAKAHASHI, 2010). Do ponto de vista das operadoras, não há previsibilidade sobre o custo dos tratamentos.

265. O modelo atual de remuneração aos prestadores de serviço, como hospitais, clínicas diagnósticas, laboratórios, médicos *etc.*, estimula, em certa medida, o gasto exagerado com exames e procedimentos que não contribuem necessariamente para o melhor desfecho clínico. Ao mesmo tempo, faltam estímulos econômicos para quem entrega um resultado melhor ao paciente (VARELLA, 2014). No fim de tudo, a conta do uso abusivo de insumos e tecnologia virá para os consumidores, embutida nos reajustes dos planos de saúde.

266. Para fazer face a esse modelo de remuneração (conta-aberta), os hospitais têm de estruturar áreas administrativas relevantes para o aprimoramento da cobrança dos serviços prestados e, por outro lado, as operadoras também estruturam grandes áreas administrativas para análise dessas contas, elevando os custos administrativos sem que gerem valor agregado na produção dos melhores resultados de saúde para os beneficiários. Tais estruturas de cobrança e controle das contas hospitalares montadas pelos hospitais e planos de saúde passaram a consumir parte significativa dos recursos do sistema.

267. Para a instituição prestadora, no modelo **fee-for-service** preveem-se os seguintes incentivos perversos, segundo Ana Cláudia Diniz Takahashi: hospitalizações desnecessárias; aumento do tempo de permanência, com impactos sobre custos e qualidade, no caso de exposição desnecessária a riscos intra-hospitalares; superprodução de serviços e fraudes no pagamento por ato.

268. Alternativa ao modelo de pagamento retrospectivo **fee-for-service** são os modelos pré-pagamento ou prospectivos. Os principais exemplos para esse modelo no mercado hospitalar são: o **Diagnostic Related Group (DRG)** ou Grupos de Diagnósticos Relacionados; procedimento gerenciado (pacote); diária global; **capitation**; e Pagamento por **performance**.

269. O DRG é o modelo que vem sendo adotado em diversos países, como África do Sul, Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Bulgária, Coreia do Sul, Dinamarca, Espanha, Estônia, Estados Unidos da América, Finlândia, França, Grécia, Holanda. Este modelo é um sistema de classificação de pacientes, feita de acordo com o diagnóstico, agrupada de maneira específica. Combina os tipos de pacientes que um hospital trata, relacionando os respectivos custos com o tratamento. Os valores de DRG são determinados de acordo com características demográficas e clínicas do paciente. Cada DRG possui um valor e é associado a um peso (que considera as complicações e comorbidades), que representa a média de recursos que um hospital utiliza para tratar pacientes naquela categoria de DRG.

270. Por sua vez, o procedimento gerenciado é o pagamento a partir da composição de um 'pacote' de serviços, geralmente para procedimentos cirúrgicos. Nesse modelo, há um agrupamento de todos os itens utilizados em média na assistência ao paciente (diárias, materiais, medicamentos, taxas, entre outros) com definição de um preço único para o pacote de determinado procedimento. Estabelece-se um protocolo de utilização dos recursos, principalmente os de alto custo, que deve ser seguido pelos médicos para a maioria dos casos. Quando ocorre uma intercorrência na internação do paciente, consumindo mais recursos do que o previsto no pacote, o prestador e a fonte pagadora negociam o pagamento do excedente por meio de justificativas médicas. O modelo de diária global segue a mesma lógica do procedimento gerenciado, mas é mais utilizado para casos clínicos.

271. Ainda se tem o modelo **Capitation**, mais frequente na remuneração do profissional médico do que naquelas voltadas ao hospital ou clínica. Neste modelo, o prestador recebe um valor fixo para cada beneficiário assistido numa determinada região, pela qual passa a se responsabilizar. Um exemplo desse modelo seria a definição de taxas de captação maiores para idosos. O sistema **capitation** é amplamente utilizado pelas empresas americanas de **Managed Care Organization (MCO)**.

272. Além dessas formas de pagamento mencionadas acima, há ainda formas mistas, como o pagamento por **performance**, que é parte de uma cadeia de desempenho que tem por objetivo

*melhorar os resultados e a qualidade de processos que envolvem a relação entre o financiamento e a prestação de serviços de saúde. Buscando romper o ciclo dos modelos retrospectivos e prospectivos, o pagamento por **performance** é um dos métodos mais novos de remuneração dos serviços de saúde, combinando reembolso com melhoria da qualidade dos serviços prestados ao paciente. Os prestadores recebem um pagamento de base e, com o alcance de determinados **benchmarks** para medidas de processos do cuidado prestado e para medidas de resultados (resultado do cuidado ao paciente), recebem certas recompensas.*

273. *Para o economista e especialista em desenvolvimento social André Medici, o Brasil poderia melhorar os resultados assistenciais e aumentar a eficiência do gasto em saúde com o uso de modelos de contratualização por resultados e de pagamento por desempenho. Entende que o Brasil teria muito a aprender com as experiências internacionais de pagamento por desempenho em saúde. Internacionalmente, existe uma aceitação cada vez maior da ideia de pagamento por desempenho, tanto no setor privado como no setor público, mas ainda existem muitas barreiras associadas ao uso de contratos por desempenho, especialmente pela diferença de métricas e sistemas de avaliação existentes em cada instituição e mesmo no interior de uma instituição.*

274. *Na esfera pública, como alternativa ao modelo de remuneração item a item (**fee-for-service**), o Sistema Único de Saúde (SUS) adota o pagamento pelo valor médio definido por procedimento, mediante Autorização de Internação Hospitalar (AIH).*

275. *No âmbito da ANS, constou da Agenda Regulatória 2013/2014, entre os sete eixos temáticos, o 'Relacionamento entre Operadoras e Prestadores', que apresenta como objetivo 'minimizar conflitos no relacionamento entre operadoras e prestadores, resultando em maior qualidade na assistência'.*

276. *Esse eixo prevê três projetos: Projeto 3.1 - Avaliar e divulgar novas Sistemáticas de Remuneração de Hospitais que atuam na Saúde Suplementar. Produto esperado: Estudo que apresente as possibilidades de atuação da ANS no sentido de induzir uma mudança consistente no modelo de remuneração no mercado de saúde suplementar. Projeto 3.2 - Desenvolver metodologia de hierarquização de procedimentos. Produto esperado: Estudo que avalie a viabilidade de implementação de uma lista hierarquizada de procedimentos. Projeto 3.3 - Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde. Produto esperado: Indução de mecanismos que minimizem os conflitos existentes na relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço, visando a melhoria da qualidade assistencial.*

277. *A questão da sistemática de remuneração dos serviços hospitalares foi também tema do Grupo de Trabalho sobre Remuneração dos Hospitais, mediado pela ANS, com a participação de representantes de entidades hospitalares e de operadoras de planos de saúde (rodada do Rio de Janeiro - 2010, e de São Paulo - 2012), que culminou com a proposição de novo modelo de remuneração dos hospitais, em duas linhas de trabalho: definição da 'conta aberta aprimorada', que deve compreender conjuntos de diárias e taxas (não inclui procedimentos) para padronizar pacotes de serviços negociados entre operadoras e prestadores; e desenvolvimento de protocolos de referência para 'procedimentos gerenciados', prevendo que os serviços de enfermagem, serviços administrativos e recursos físicos (móveis, instrumentais cirúrgicos, utilização de salas, materiais descartáveis, entre outros) sejam cobrados como um único item na conta hospitalar.*

278. *As entidades participantes do grupo de trabalho comprometeram-se a envidar todos os esforços visando à implementação de projetos referenciais de metodologia para adoção do novo modelo de remuneração dos hospitais que atuam na saúde suplementar.*

279. *Ainda segundo a ANS, o projeto piloto dos novos modelos de remuneração de hospitais por operadoras de planos de saúde teve início em maio de 2013, com prazo de dezesseis meses para serem testados os novos modelos. O projeto piloto estava previsto para ser implementado em duas etapas: 1ª etapa: Implementação do Modelo de Conta Aberta Aprimorada, de 13/5/2013 a 08/8/2014; 2ª etapa: Teste do Modelo de Procedimentos Gerenciados Cirúrgicos, de 12/8/2013 a 7/12/2014.*

280. *De acordo com o entendimento do grupo de trabalho, a adoção do procedimento gerenciado objetiva aumentar a eficiência do sistema, eliminando custos de transação que não agregam valor ao paciente. Além disso, propicia maior previsibilidade na gestão dos sinistros das operadoras de planos de saúde.*

281. *Conforme a Nota da ANS 123/2014/GEAQS/GGISE/DIDES/ANS, de 16/10/2014 (peça 62), tendo em vista o interesse da União na obtenção de resultados que visem à indução da qualidade nos serviços de saúde e à segurança do paciente, baseando-se na melhor forma de desenvolver e implementar intervenções complexas e na ciência da melhoria, em congruência com as evidências científicas levantadas, foi recomendada a celebração do Acordo de Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde, a ANS, o **Institute for Healthcare Improvement (IHI)** e a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (HIAE) para a implementação de projetos pilotos na área de segurança do paciente e qualidade, com vistas à indução da adoção de boas práticas e adoção de sistemas integrados de atenção à saúde.*

282. *Segundo o Despacho 25/GERAR /DIRAD/DIDES, de 19/12/2014 (peça 63), o acordo foi celebrado em 24/10/2014, e as atividades do projeto proposto se encontram em andamento. O cronograma inicial prevê um ciclo total de 24 meses até a publicação dos resultados finais, com possíveis propostas de regulamentação derivadas. Trata-se de um processo de médio prazo, mas que poderá gerar resultados consistentes e duradouros, capazes de fomentar mudanças no modelo assistencial atualmente vigente.*

283. *Tratando-se da missão do órgão regulador, a ANS tem por incumbência regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores de serviço de saúde, consoante art. 3º da Lei 9.961/2000, podendo inclusive requisitar o fornecimento de informações da rede prestadora de serviços credenciadas às operadoras de planos privados de assistência à saúde, segundo dispõe o art. 4º, inciso XXXI:*

*‘Art. 3º A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.*

*Art. 4º Compete à ANS:*

*(...)*

*XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas’.*

284. *Em 2014, foi editada a Lei 13.003, de 24/6/2014, que atribui competência à ANS para definir o índice de reajuste anual dos médicos contratados, referenciados ou credenciados aos planos de saúde, caso vencido o prazo de noventa dias sem que haja acordo entre as operadoras e os prestadores de serviço, podendo, para isso, constituir câmara técnica com representação proporcional das partes envolvidas, o que demonstra a competência da ANS para atuar na relação das operadoras de planos de saúde com os prestadores de serviços médicos contratados.*

285. *Considerando que em seus eixos de atuação a ANS deve observar a sustentabilidade do setor de saúde suplementar e que já há um projeto em andamento na Agência para estimular a modificação no modelo de remuneração dos hospitais, a equipe de fiscalização entende pertinente não formular recomendações ou determinações, e sim acompanhar os resultados do projeto piloto no processo de monitoramento das determinações e recomendações deste relatório ou em processos e fiscalização futuros, relacionados ao tema.*

## **6.2 Necessidade de se intensificar o controle das informações enviadas pelas operadoras**

286. *Conforme mencionado na seção 2.5 deste relatório, ao tratar sobre os aspectos econômico-financeiros do setor de saúde suplementar, segundo a ANS, as operadoras apresentam lucro em torno de 2%, com base em informações apresentadas pelas próprias empresas. A respeito*

dos dados relativos às demonstrações contábeis, assim como quanto às demais informações acerca de beneficiários no Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), na Taxa de Saúde Suplementar (TPS), Informações Assistenciais, de Produtos e de Rede (RPS), além das informações enviadas periodicamente à ANS por meio do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (Diops), devem ser objeto de verificação quanto à confiabilidade das informações.

287. A respeito da confiabilidade de tais informações, o relatório da Auditoria Interna da ANS, realizada no primeiro semestre de 2014, registrou que há a necessidade de uma atuação proativa da Agência Reguladora, por meio do instituto da visita técnica, para validar as informações prestadas pelas operadoras. Diante da constatação de que as operadoras utilizam o mesmo pessoal sênior em trabalho de auditoria por período de tempo prolongado, recomendou que a Agência disciplinasse o assunto, considerando que a Norma Brasileira de Contabilidade NBC-PA 290 limita em cinco anos o tempo de atuação do profissional em trabalhos de auditoria de entidade de interesse público, além do que a IN/CVM 308/1999 estabelece que o auditor independente não pode prestar serviços para um mesmo cliente por prazo superior a cinco anos consecutivos e, nesse mesmo sentido, a Resolução SUSEP 312, de 2014.

288. Em atenção à recomendação da Auditoria Interna, a ANS publicou a RN 400, de 25/2/2016, que, em seu art. 19, § 4º, estabelece a obrigatoriedade da prática de rodízio dos auditores independentes, no mínimo, a cada cinco anos, exigindo-se um intervalo mínimo de três anos para a sua recontração.

289. Registra o relatório da Auditoria Interna que, como medida de controle das informações enviadas pelas operadoras, regimentalmente está previsto que a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (Diope) poderá fazer uso do instrumento de Visitas Técnicas, que consistem em verificações **in loco** realizadas por fiscais (servidores de carreira) em trabalho de campo no estabelecimento das operadoras, com a finalidade de revisar os processos de controles internos e de governança, verificar a confiabilidade das informações enviadas periodicamente à ANS por meio do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (Diops), das demonstrações contábeis ou, ainda, quando identificado qualquer indício de inconsistências econômico-financeiras. No entanto, constatou-se que as visitas técnicas não têm sido realizadas, devido à deficiência de recursos humanos, segundo o gestor.

290. Considerando que o processo de trabalho de identificação de operadoras está baseado em processamento e cruzamento de dados, bem como na análise dos resultados por Especialistas em Regulação, segundo o citado relatório, fica claro que a qualidade da informação é fator crítico de sucesso nessa etapa.

291. Nesse contexto, a Auditoria da ANS tece comentário a respeito da confiabilidade das informações prestadas pelas operadoras e quanto à suspensão do instrumento de visitas técnicas, e manifesta o entendimento de que a análise **in loco** das operadoras é uma importante prática para amparar o monitoramento na medida em que se pode comprovar a real situação econômico-financeira, além de ser um importante instrumento de controle, fortalecendo a percepção da presença e atuação do ente regulatório.

292. Em comentários ao relatório da Auditoria Interna, acerca dos procedimentos de visita técnica, o gestor da ANS manifestou que já foram objeto de discussão preliminar com representantes da Diretoria de Fiscalização (DIFIS) no intuito de formalizar um conjunto de ações que podem ser desempenhadas pelos fiscais e que aumentariam o poder crítico da Diope sobre a fidedignidade e consistência das informações contábeis e financeiras. Acrescentou que os próximos passos serão a formatação da lista de ações e a forma de interação entre os fiscais da Difis e os analistas da Diope.

293. Em 2015-2016, a Secretaria de Controle Externo da Saúde realizou auditoria operacional específica para avaliar os procedimentos utilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para fiscalizar as atividades das operadoras de planos de saúde (TC 023.176/2015-6). Dentro desses instrumentos, encontra-se o instituto das visitas técnicas assistenciais, realizadas

mediante monitoramento *in loco*, que têm o objetivo de averiguar informações relacionadas aos produtos e constatar anormalidades assistenciais.

294. Na ocasião da auditoria, observou-se que 90% das visitas técnicas econômico-financeiras realizadas de 2005 a 2015 identificaram irregularidades que colocavam em dúvida a confiabilidade das informações prestadas à ANS ou representavam o não enquadramento da operadora de saúde às regras contábeis estabelecidas pela Agência.

295. Visando a retomadas das fiscalizações *in loco*, foi determinado, por meio do Acórdão 79/2017-TCU-Plenário, acompanhando o voto do Exmo. Ministro-Relator Bruno Dantas, que a ANS apresente plano de ação para a retomada da realização das visitas técnicas assistenciais, de modo a cumprir o estabelecido no art. 34, inciso VI, do Regimento Interno da Agência (RN 197/2009). Portanto, visto que o tema já foi objeto de recente deliberação, a unidade técnica entende pertinente abster-se de propor recomendações ou determinações quanto ao presente tópico.

### 6.3 Comparação do índice de reajuste dos planos individuais com índices de variação de custos

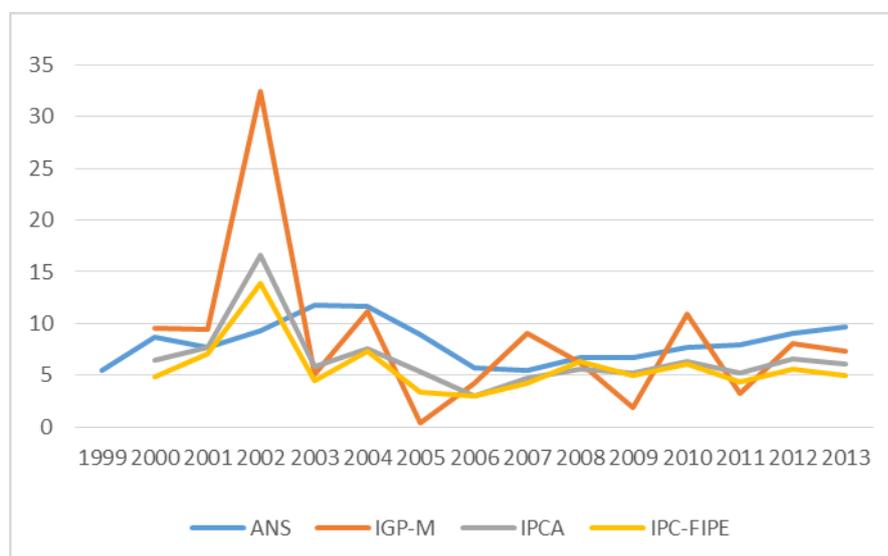
296. Os índices de reajustes dos planos de saúde, tanto individuais como os coletivos, têm sido quase sempre superiores aos índices de inflação geral, medido pelo IPCA, e próximos do índice de inflação do setor, medido pelo IPCA-Saúde. É importante observar que, tradicionalmente, a chamada inflação médico-hospitalar é significativamente superior à inflação geral. A Tabela 8 apresenta comparativo dos índices de inflação calculados por diferentes institutos e os reajustes autorizados pela ANS no período de maio de 2000 a abril de 2014. Para o período de maio de 2014 a abril de 2015, a ANS limitou em 9,65% o índice máximo de reajuste para os planos de saúde médico-hospitalares individuais/familiares, e para período de maio de 2015 a abril de 2016, fixou em 13,55% o índice máximo de reajuste.

Tabela 8 – Comparativo dos reajustes autorizados pela ANS – índices de preços – período de aplicação do reajuste (%)

	Abr/ 99 a Mar / 00	Abr/ 00 a Mar / 01	Abr/ 01 a Mar / 02	Abr/ 02 a Mar/ 03	Abr/ 03 a Mar / 04	Abr/ 04 a Mar / 05	Abr/ 05 a Mar / 06	Abr/ 06 a Mar / 07	Abr/ 07 a Mar / 08	Abr/ 08 a Mar / 09	Abr/ 09 a Mar / 10	Abr/ 10 a Mar / 11	Abr/ 11 a Mar / 12	Abr/ 12 a Mar / 13	Abr/ 13 a Mar / 14
ANS	5,42	8,71	7,69	9,27	11,75	11,69	8,89	5,76	5,48	6,76	6,73	7,69	7,93	9,04	9,65
IGP-M		9,6	9,4	32,48	5,08	11,12	0,36	4,26	9,1	6,27	1,94	10,95	3,23	8,06	7,3
IPCA		6,44	7,75	16,57	5,89	7,54	5,32	2,96	4,73	5,61	5,17	6,3	5,24	6,59	6,15
IPC-FIPE		4,83	7,02	13,87	4,47	7,36	3,39	3,05	4,29	6,29	4,97	6,06	4,39	5,57	4,93

Fonte: dados fornecidos pela ANS e índices obtidos no site UOL.

Gráfico 3 – Reajustes autorizados pela ANS e índices de preços (IGP-M, IPCA, IPC)



297. *O fenômeno da inflação dos planos de saúde se caracteriza pelo aumento continuado dos preços, do que resultaria perda do poder aquisitivo das famílias.*

298. *O crescimento das despesas com assistência à saúde em ritmo superior ao da inflação de preços ao consumidor e também superior ao crescimento das rendas ou do PIB é uma tendência que vem sendo observada há mais de meio século em todos os países da OCDE, assim como na absoluta maioria dos países que experimentam algum desenvolvimento econômico (CECHIN, 2012).*

299. *As despesas médicas aumentam porque aumenta o preço unitário de cada bem e serviço médico (valor da consulta, dos exames, dos medicamentos, materiais e insumos, taxas e diárias hospitalares, dispositivos implantáveis etc.) e também porque aumenta a quantidade utilizada, que em saúde é denominada de frequência de utilização. Segundo José Cechin, as despesas crescem com tamanha intensidade por diversas razões, principalmente pela incorporação de tecnologia (que eleva as despesas dos procedimentos), o enriquecimento das pessoas e das sociedades (à medida que as rendas crescem, frações maiores dela são destinadas a serviços de assistência médica), a mudança de estilo de vida, o envelhecimento populacional e a transição epidemiológica.*

300. *De acordo com a ANS, a comparação do índice de reajuste dos preços de planos de saúde, calculados pela Agência, com índices de preços, como o IPCA, é importante ferramenta para análise do comportamento dos custos da saúde suplementar comparado à média dos demais setores da economia, mas deve-se ressaltar a existência de diferenças metodológicas entre eles.*

301. *Os índices de preços medem a variação média de preços de diversos produtos e serviços, enquanto o índice de reajuste calculado pela ANS representa um índice de custos/valor, o qual considera tanto a variação dos preços como das quantidades dos insumos. Isso ocorre, de acordo com a ANS, porque os custos da saúde suplementar são determinados pelo preço dos procedimentos, mas também pela frequência de utilização dos serviços e pela incorporação de novas tecnologias.*

302. *A comparação do IPCA – Serviços de Saúde, composto pelos Serviços Médicos e Dentários, Laboratoriais e Hospitalares e Plano de Saúde no período de abril/2009 a março/2014, com o IPCA Geral mostra a variação do primeiro sempre em índices superiores ao IPCA Geral, conforme tabela abaixo:*

Tabela 9 – Comparação IPCA Serviço de Saúde versus IPCA Amplo

<b>Período</b>	<b>A – IPCA Serviços de Saúde</b>	<b>B – IPCA</b>
<b>Abril 2009/ Março 2010</b>	6,65%	5,17%
<b>Abril 2010/ Março 2011</b>	7,26%	6,30%
<b>Abril 2011/ Março 2012</b>	8,55%	5,24%
<b>Abril 2012/Março 2013</b>	8,18%	6,59%
<b>Abril 2013/ Março 2014</b>	8,90%	6,15%

Fonte: elaborado pela ANS a partir dos dados do IBGE.

303. *A Tabela 10, elaborada pela ANS, demonstra que o índice de reajuste de preços calculado pela Agência se aproxima do IPCA – Serviços de Saúde, após expurgado o subitem Plano de Saúde, cuja variação sofre influência do índice calculado pela ANS:*

Tabela 10 – Comparação Índice ANS versus Serviços de Saúde expurgado do item Plano de Saúde do IPCA

<b>Período</b>	<b>A – Índice Calculado pela ANS</b>	<b>B – Serviços de Saúde IPCA expurgado do item Plano de Saúde</b>
<b>Abril 2009/ Março 2010</b>	6,73%	6,81%
<b>Abril 2010/ Março 2011</b>	7,69%	7,64%
<b>Abril 2011/ Março 2012</b>	7,93%	10,36%
<b>Abril 2012/Março 2013</b>	9,04%	8,68%
<b>Abril 2013/Março 2014</b>	9,65%	8,78%

Fonte: elaborado pela ANS a partir dos dados do IBGE (índice expurgado) e ANS.

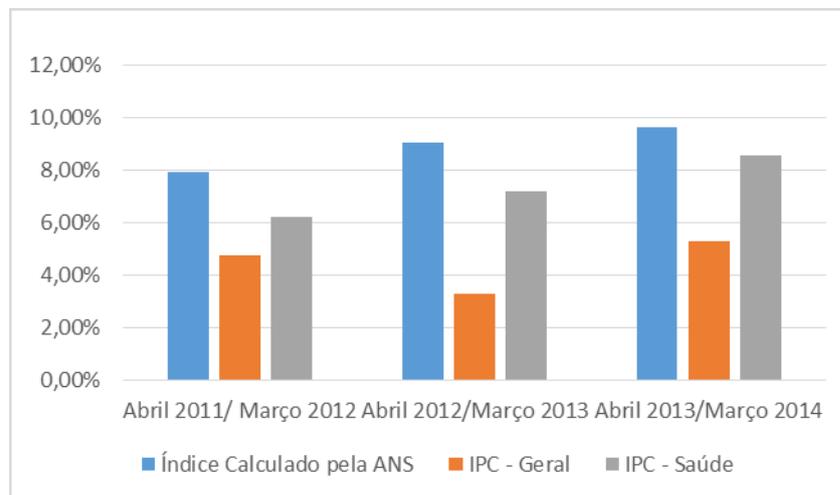
304. Ainda para efeito de comparação, a Tabela 11 apresenta o comparativo do Índice de Preços ao Consumidor do município de São Paulo (IPC) e do IPC Saúde, calculados pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe), com os percentuais de reajustes máximos autorizados pela ANS, para demonstrar como o índice específico da área saúde é superior ao índice geral:

Tabela 11 – Comparativo índice ANS, IPC-Geral e IPC-Saúde

Período	Índice Calculado pela ANS	IPC-Geral	IPC-Saúde
Abril 2011/ Março 2012	7,93%	4,75%	6,23%
Abril 2012/Março 2013	9,04%	3,27%	7,21%
Abril 2013/Março 2014	9,65%	5,32%	8,55%

Fonte: ANS e FIPE

Gráfico 4 – Comparativo índice ANS, IPC-Geral e IPC-Saúde



305. Por meio dos comentários dos gestores, a ANS observou que a inflação mensurada pelo IPCA se refere à variação de preços percebida pelo consumidor final e que a variação dos preços dos serviços de saúde pagos pelas operadoras de planos de saúde pode ser diferente da variação sentida pelo consumidor final.

306. De acordo com o Relatório Anual 2013 do Banco Central do Brasil, os preços monitorados aumentaram 1,54% em 2013 e responderam por 0,35 p.p. da variação total do IPCA no ano. As maiores variações ocorreram, entre outros, no item plano de saúde (8,73%). Assim, os valores dos planos de saúde individuais novos, que são regulados pela ANS, determinaram impacto de 0,26 p.p. sobre o IPCA. Em 2012 os valores dos planos de saúde aumentaram 7,76%, com impacto de 0,23 p.p. sobre o IPCA.

307. Os percentuais de reajuste dos planos individuais definidos pela ANS também podem ser comparados com o índice de Variação do Custo Médico Hospitalar (VCMH), que expressa a variação do custo médico hospitalar *per capita* das operadoras de planos de saúde entre dois períodos consecutivos de 12 meses cada. Diferentemente de índices que acompanham a variação do nível de preços, como o IPCA, a análise do custo médico-hospitalar é resultado de uma combinação de dois fatores: frequência de utilização e preço dos serviços de saúde.

308. Segundo o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), organização sem fins lucrativos que tem por objetivo promover e realizar estudos voltados para a saúde suplementar, a amostra utilizada para o cálculo do índice VCMH representa aproximadamente 10% do total de beneficiários de planos individuais (antigos e novos) distribuídos em todas as regiões do país. Essa metodologia é aplicada na construção de índices de variação de custo em saúde, como o **S&P Healthcare Economic Composite** e **Milliman Medical Index**. Além disso, o índice VCMH/IESS considera uma ponderação por padrão de plano (básico, intermediário, superior e executivo), o que

possibilita a mensuração mais exata da variação do custo médico hospitalar. Ou seja, se as vendas de um determinado padrão de plano crescerem muito mais do que as de outro padrão, isso pode resultar, no cálculo agregado, em VCMH maior ou menor do que o real, o que subestimaria ou superestimaria o VCMH.

309. Em 2014, o IESS produziu o estudo 'Variação dos custos médicos hospitalares e inflação geral - Por que esses índices não são comparáveis no Brasil e no mundo?', que comparou a variação dos custos médico hospitalares (VCMH) com a inflação em dezenove países, no período de 2009 a 2012. O VCMH dos países pesquisados foi obtido do estudo realizado pela consultoria internacional Towers Watson em 2012, Global Medical Trends Survey Report, que obteve respostas de 237 operadoras de planos de saúde, as quais atuam em 48 países. As informações de inflação geral, por sua vez, foram obtidas por meio do banco de dados do FMI. Conforme Tabela 12, o VCMH é sistematicamente acima da inflação geral em todos os países observados:

Tabela 12 – VCMH e Inflação (%)

Continentes/Países (%)	2009		2010		2011		2012	
	Inflação	VCMH	Inflação	VCMH	Inflação	VCMH	Inflação	VCMH
<b>Ásia</b>								
<b>China</b>	-0,6	10,1	3,3	8,3	5,4	9,2	2,6	9,2
<b>Índia</b>	12,3	12,0	10,4	12,6	8,3	13,2	10,4	13,0
<b>Indonésia</b>	4,8	10,7	5,1	11,1	5,3	13,5	4,2	13,9
<b>Filipinas</b>	4,2	10,0	3,7	6,8	4,7	7,2	3,1	7,3
<b>Cingapura</b>	0,5	7,1	2,8	8,6	5,2	8,6	4,5	8,4
<b>Oriente</b>								
<b>Egito</b>	16,2	13,3	11,7	12	11,1	10,5	8,6	11,0
<b>Arábia Saudita</b>	4,1	12,0	3,8	8,6	3,7	10,3	2,8	11,3
<b>África do Sul</b>	7,1	12,5	4,2	8,4	5,0	8,9	5,6	8,2
<b>Emirados Árabes</b>	1,5	10,3	0,88	11,1	0,88	11,5	0,6	11,0
<b>Américas</b>								
<b>Brasil</b>	4,8	10,4	5,04	11,0	6,6	12,0	5,4	12,0
<b>Canadá</b>	0,3	12,5	1,77	12,6	2,9	11,2	1,5	10,4
<b>Chile</b>	1,4	13,9	1,41	6,7	3,3	6,4	3,0	6,0
<b>México</b>	5,3	10,7	4,15	8,3	3,4	9,0	4,1	8,7
<b>Estados Unidos</b>	-0,3	9,1	1,64	10,7	3,1	11,5	2,0	11,8
<b>Europa</b>								
<b>França</b>	0,1	6,5	1,7	6,0	2,2	7,5	2,2	6,1
<b>Grécia</b>	1,2	9,8	4,7	7,5	3,3	6,5	1,5	5,0
<b>Irlanda</b>	-1,7	12,0	-1,5	8,0	1,1	8,0	1,9	8,0
<b>Rússia</b>	11,6	18,3	6,8	14,1	8,4	12,1	5,0	12,1
<b>Reino Unido</b>	2,1	9,3	3,3	8,5	4,4	9,6	2,8	9,8

Fonte: IESS (Nota: indicadores de 2012 projeção)

310. Segundo o IESS, o VCMH é sistematicamente acima da inflação, principalmente, em virtude da incorporação de novas tecnologias e do processo natural de envelhecimento da sociedade, fatores esses que aumentam tanto a frequência de utilização quanto o preço dos serviços e, conseqüentemente, aumentam os custos em saúde em um ritmo maior do que a inflação geral ao consumidor.

311. Além do VCMH das seguradoras do segmento saúde que atuam no país, calculado pelo IESS, a ANS também efetuou o cálculo do VCMH das operadoras de planos de saúde, separado por modalidade de operadora e por tipo de plano, coletivo ou individual (peça 44, p. 46-48). Justificou a impossibilidade de calcular o VCMH para todo o ano de 2014 e de calcular o índice dos planos coletivos por adesão. A tabela seguinte compara o VCMH calculado pela ANS, a inflação do período e os reajustes autorizados pela ANS:

Tabela 13 – Comparativo VCMH, IPCA e Reajustes Autorizados pela ANS

Ano	VCMH ANS	Inflação	Reajustes
-----	----------	----------	-----------

	<i>Autogestão</i>	<i>Cooperativa</i>	<i>Filantropia</i>	<i>Medicina de Grupo</i>	<i>Seguradora</i>	<i>Período (IPCA)</i>	<i>Autorizados</i>
2008	13,18%	9,20%	9,96%	10,11%	10,12%	5,90%	5,48%
2009	11,23%	5,87%	8,90%	7,76%	13,12%	4,31%	6,76%
2010	7,36%	6,66%	5,17%	7,51%	3,77%	5,91%	6,73%
2011	12,67%	4,18%	8,03%	8,83%	7,91%	6,50%	7,69%
2012	16,25%	11,11%	12,37%	12,72%	7,25%	5,84%	7,93%
2013	13,41%	9,35%	11,84%	11,44%	12,78%	5,91%	9,04%

Fonte: ANS

312. *Registra-se que, dadas as limitações de recursos, tempo e escopo, e considerando critérios de risco e materialidade, não foram feitas análises com o objetivo de atestar a adequação dos valores de VCMH informados pelo IESS e pela ANS.*

313. *Desta forma, verifica-se que o reajuste máximo anual definido pela ANS para os planos individuais é superior à inflação geral da economia, mas que este não seria um parâmetro adequado para atestar a razoabilidade do reajuste, considerando as diferenças metodológicas entre os índices e o fato de que a 'inflação da saúde' é geralmente superior à inflação geral da economia.*

#### **6.4 Estudos para novo modelo de reajuste**

314. *No ano de 2010, a ANS instaurou Câmara Técnica e, posteriormente, Grupo Técnico para discutir nova metodologia de reajuste de planos de saúde individuais. Conforme consta no site da ANS, a Câmara Técnica foi encerrada após a constatação de que seria necessária a ampliação da série histórica dos dados das operadoras, encaminhados à ANS, para que fosse possível reavaliar a evolução dos custos do setor. Entretanto, segundo a Agência, os estudos prosseguiram nos anos de 2013 e 2014, utilizando uma amostra menor que possibilitou a avaliação de aspectos qualitativos dos dados e a criação de agrupamentos para medição de parâmetros de eficiência.*

315. *Com o novo modelo de reajuste, que utiliza a metodologia do **price-cap**, consoante a Agência, os reajustes dos planos individuais serão diferenciados de acordo com critérios de desempenho das operadoras e será possível a criação de um índice setorial que sirva como **proxy** das variações dos custos médico-hospitalares das operadoras de planos de saúde.*

316. *A fórmula de reajuste contará com um fator de produtividade, chamado fator **X**, que permitirá o compartilhamento dos ganhos de eficiência administrativa da operadora com os beneficiários, e com um fator de qualidade, fator **Q**, que considerará a qualidade dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde, de acordo com critérios fixados pela Agência.*

317. *De acordo ainda com a ANS, a metodologia de cálculo dos fatores será ratificada por especialistas da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), por meio de convênio a ser firmado entre as duas instituições, para dar credibilidade ao modelo de reajustes proposto.*

318. *Segundo o economista e pesquisador do Ipea Carlos Octávio Ocké-Reis, a taxa de inflação do setor saúde como um índice exclusivo para parametrizar as ações regulatórias da ANS parece insuficiente. Por isso, de um lado, poder-se-ia construir um índice específico voltado para os hospitais, semelhante ao Índice de Preço ao Produtor (**Producer Price Index** — PPI, implantado nos Estados Unidos em dezembro de 1991), para avaliar esse custo específico das operadoras de planos de saúde. De outro, radicalizando o modelo da regulação por desempenho e sem o ônus da burocratização com a edição sistemática de normas, portarias e resoluções normativas da ANS, poder-se-ia identificar empresas-modelo (**benchmarks**), visando fundamentar a política de reajuste dos planos individuais e coletivos a partir do próprio mercado.*

319. *Ainda conforme Ocké-Reis, de qualquer modo, é necessário ampliar as investigações acerca da dinâmica inflacionária da área da saúde, bem como explorar a tese dos custos crescentes no bojo do processo de concentração e de consolidação do capital financeiro no mercado de planos de saúde brasileiro. Outra temática a ser examinada é a da escalada dos custos em nível internacional, para discutir se tal aumento produziu melhores condições de saúde da população e uma atenção médica com mais qualidade, ou se apenas promoveu preços maiores, como foi o caso dos*

*Estados Unidos.*

320. *Uma metodologia de cálculo que espelhe os custos do setor de saúde suplementar é uma reivindicação das operadoras de planos de saúde. Todavia, se os custos das operadoras não forem reduzidos, os percentuais dos reajustes dos planos de saúde podem superar e muito a inflação.*

321. *Considerando que a ANS tem trabalhado em um novo modelo de regulação dos reajustes dos planos individuais, trabalho que vem sendo desenvolvido desde 2010, a equipe de fiscalização entende pertinente abster-se de propor recomendações ou determinações quanto ao presente tópico, não obstante possa fazer o monitoramento desse estudo no processo específico de monitoramento a ser autuado em decorrência desta fiscalização.*

322. *Por meio dos comentários dos gestores, a Agência informou que em maio de 2015 foi instituído o Grupo Técnico de Política de Preços, fórum em que foram discutidos a nota técnica de registro de produto e os reajustes financeiros. O resultado do estudo servirá de ponto de partida para discussões no âmbito do Comitê de Regulação e Estrutura dos Produtos.*

## **7 CONCLUSÃO**

323. *Esta auditoria operacional avaliou as ações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), alcançando outros órgãos e entidades que atuam na área, referentes aos reajustes dos planos de saúde suplementar, abrangendo os planos individuais e coletivos.*

324. *As questões de auditoria enfocaram aspectos relacionados à atuação da ANS na regulação dos reajustes anuais de planos coletivos e individuais, especialmente quanto à adequação e suficiência dos procedimentos e mecanismos utilizados pela Agência na regulação dos reajustes, de modo que os reajustes não onerem excessivamente o consumidor e, ao mesmo tempo, garantam a sustentabilidade do mercado.*

325. *Quanto à atuação da ANS na regulação dos reajustes de planos de saúde coletivos, restou evidenciado que a Agência não possui procedimentos e mecanismos adequados e suficientes para prevenção, identificação e correção de reajustes abusivos em planos coletivos. O monitoramento dos reajustes consiste em recebimento de comunicados com informações, sem que medidas corretivas sejam adotadas na ocorrência de eventuais abusos, o que põe em dúvida a efetividade do monitoramento como mecanismo de regulação dos reajustes de preços. Consequentemente, conclui-se que a atuação regulatória da Agência não é suficiente para mitigar o risco de que os reajustes dos planos de saúde coletivos onerem excessivamente o consumidor.*

326. *Quanto à atuação da ANS na regulação dos reajustes de planos de saúde individuais, restou evidenciado que há falhas nos procedimentos e mecanismos utilizados pela Agência na definição do teto dos reajustes, uma vez que os filtros existentes no sistema RPC necessitam de aprimoramento para evitar a inclusão de comunicados com erros no sistema e que falta transparência na metodologia utilizada. Além disto, a Agência tem adicionado, em alguns anos, uma parcela extra ao percentual máximo de reajuste para compensação de fatores exógenos, que já são levados em consideração na metodologia dos reajustes dos planos coletivos, o que pode levar ao duplo impacto dos fatores exógenos no cálculo do índice de reajuste.*

327. *As propostas constantes neste relatório objetivam contribuir para a melhoria da atuação da Agência e destinam-se ao aumento da eficácia, eficiência, efetividade e economicidade das ações de regulação dos reajustes e ao aumento da transparência do setor.*

## **8 PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO**

328. *Ante o exposto, submetem-se os autos à consideração superior, com fulcro no art. 43, inciso I, da Lei 8.443, de 1992 c/c o art. 250, incisos II e III, do Regimento Interno do TCU, com as seguintes propostas:*

*I - determinar à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com fundamento no art. 43, I, da Lei 8.443, de 1992, art. 250, II, do Regimento Interno do TCU, que adote as seguintes providências:*

a) editar normativo contendo detalhamento da metodologia utilizada na definição do índice máximo de reajuste dos planos individuais/familiares, em atendimento aos princípios da publicidade e da transparência (parágrafo 213);

b) adotar procedimentos que possibilitem eliminar o duplo impacto da atualização do rol de procedimentos no cálculo do índice de reajuste anual dos planos de saúde individuais (parágrafo 219);

II - recomendar à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com fundamento no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, que avalie a conveniência e a oportunidade de adotar as seguintes medidas:

a) enviar plano de providências para criação de mecanismos de identificação, prevenção e correção de reajustes abusivos em planos coletivos (parágrafo 146);

b) realizar estudo para avaliar a veracidade da premissa de que pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos tenham na prática paridade de forças nas negociações de reajustes com as operadoras (parágrafo 146);

c) estabelecer a obrigatoriedade de as operadoras de planos de saúde disponibilizarem à pessoa jurídica contratante a memória de cálculo do percentual de reajuste proposto, incluindo extrato de utilização dos planos de saúde contratados, com a discriminação dos procedimentos utilizados, como consultas, exames, cirurgias, internações e dos valores pagos aos prestadores de serviço, vedada a divulgação dos beneficiários responsáveis pelas despesas assistenciais realizadas ou de qualquer informação que possa comprometer a privacidade dos beneficiários (parágrafo 161);

III - determinar à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com fulcro no art. 4º da Resolução TCU 265/2014, que envie ao Tribunal, no prazo de 120 dias, plano de ação com vistas à implementação das recomendações e determinações ora prolatadas contendo:

a) para cada recomendação cuja implementação seja considerada conveniente e oportuna, as ações que serão adotadas pela entidade, o prazo e o setor/unidade responsável pelo desenvolvimento das ações e o cronograma de execução;

b) para cada recomendação cuja implementação não seja considerada conveniente ou oportuna, a justificativa da decisão;

IV - dar ciência da deliberação que vier a ser adotada à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde; à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); à 3ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público Federal; à Secretaria Nacional do Consumidor do Ministério da Justiça (Senacon); ao Conselho Nacional de Saúde (CNS); ao Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade); à Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados; à Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal e à Casa Civil da Presidência da República;

V - determinar à SecexSaúde que monitore a implementação das determinações e recomendações constantes do acórdão a ser proferido, nos termos do art. 243 do Regimento Interno deste Tribunal;

VI - arquivar os presentes autos, com fulcro no art. 250, I, do Regimento Interno do Tribunal.”

2. O Diretor Técnico põe-se de acordo, exceto quanto à recomendação objeto do item II, “a”, que, a seu ver, deve converter-se em determinação.

3. O Secretário acompanha a manifestação do Diretor.

É o relatório.

## VOTO

Em exame o resultado de auditoria operacional realizada pela Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde) com o objetivo de “*avaliar as ações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) referentes aos reajustes dos planos privados de assistência suplementar à saúde*”.

2. Mais especificamente, a fiscalização procurou responder às seguintes questões:

*“1. Como se dá a atuação da ANS na regulação dos reajustes de planos coletivos?”*

*1.1. Os procedimentos e mecanismos utilizados pela ANS na regulação dos reajustes são adequados e suficientes para a atuação da Agência?*

*1.2. A atuação regulatória da ANS possibilita que os reajustes dos planos de saúde coletivos não onerem excessivamente o consumidor e, ao mesmo tempo, garantam a sustentabilidade do mercado?*

*2. Como se dá a atuação da ANS na regulação dos reajustes de planos individuais?”*

*2.1. Os procedimentos e mecanismos utilizados pela ANS na definição do teto dos reajustes são adequados e suficientes?*

*2.2. A atuação regulatória da ANS possibilita que os reajustes dos planos de saúde individuais não onerem excessivamente o consumidor e, ao mesmo tempo, garantam a sustentabilidade do mercado?”*

*3. A ANS adota ações destinadas ao atendimento dos beneficiários quanto aos reajustes das mensalidades?”*

3. Encerrados os trabalhos, foram reportados os seguintes achados:

a) insuficiência dos instrumentos adotados pela Agência para prevenção, identificação e correção de reajustes abusivos em planos coletivos;

b) disponibilização de informações insuficientes às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos para adequada avaliação dos reajustes propostos pelas operadoras;

c) fragilidade dos mecanismos de depuração dos dados lançados pelas operadoras no Sistema de Comunicado de Reajuste de Planos Coletivos (RPC);

d) falta de transparência na metodologia de cálculo do percentual máximo de reajuste dos planos individuais;

e) possível cômputo em duplicidade, nos reajustes dos planos individuais, dos efeitos das atualizações do rol de procedimentos e eventos em saúde.

4. A propósito, intentando “*contribuir para a melhoria da atuação da Agência Reguladora*”, a unidade técnica propõe as seguintes determinações/recomendações à autarquia:

- elabore plano de providências contemplando a instituição de mecanismos de identificação, prevenção e correção de reajustes abusivos em planos coletivos;

- avalie a veracidade da premissa de que pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos têm paridade de forças com as operadoras nas negociações de reajustes;

- passe a exigir das operadoras de planos de saúde coletivos a disponibilização, aos respectivos contratantes, da memória de cálculo dos índices de reajuste propostos, incluindo o detalhamento da efetiva demanda por procedimentos apresentada no período anterior;

- edite normativo detalhando a metodologia empregada na definição do índice máximo de reajuste dos planos individuais/familiares; e

- elimine os efeitos do possível cômputo em duplicidade, nos reajustes dos planos individuais, das alterações promovidas no rol de procedimentos e eventos em saúde.

5. Em linhas gerais, à vista do quadro apresentado no relatório de auditoria, tenho por adequado o encaminhamento sugerido pela secretaria especializada. Permito-me, nada obstante, as considerações que se seguem.

6. Relativamente aos dois primeiros achados, conquanto reconheça que *“os índices de reajustes dos planos de saúde, tanto individuais como os coletivos, têm sido quase sempre superiores aos índices de inflação geral, medidos pelo IPCA, e próximos dos índices de inflação do setor, medidos pelo IPCA-Saúde”* (item 296 do relatório; grifei), a equipe de fiscalização assevera que *“o modelo atual de regulação dos reajustes de contraprestações de planos coletivos é inefetivo, pois consiste em mero monitoramento efetuado por meio da obrigatoriedade de que as operadoras enviem à agência comunicados informando os percentuais de reajuste praticados”* (item 99).

7. Ouvida a respeito, a ANS observa que, nos termos do art. 4º da Lei 9.961/2000, insere-se em seu rol de competências:

*“XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda;*

*XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;*

*.....*  
*XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos”.*

8. Enfatizando a gradação *“monitorar”*, *“homologar”* e *“autorizar”*, legalmente prevista, argumenta a autarquia que, a bem do interesse público, lhe é facultado modificar o modelo de regulação dos reajustes conforme a dinâmica do mercado. Hoje, esclarece, *“realiza seu mister regulatório, nos planos coletivos, através do monitoramento da evolução dos preços”* (peça 80, p. 6).

9. Na realidade, o problema, aqui, a meu sentir, não é a opção atual da Agência pelo monitoramento dos preços, mas sua virtual incapacidade de até mesmo identificar eventuais abusos.

10. Nesse ponto, causa especial preocupação a notícia, aduzida pela própria Auditoria Interna da entidade, de que a ANS deixou de realizar verificações **in loco** para aferir a fidedignidade das informações econômico-financeiras que lhe são comunicadas pelas operadoras, inclusive quando encontrados indícios de inconsistências nessas informações (item 287-289 do relatório). Na mesma linha, não há registro de ações concretas da autarquia para saneamento dos *“erros e anormalidades”* encontrados nos comunicados de reajuste, salvo a exclusão dos *“valores atípicos”* da base de cálculo do *“índice ANS”*, ou seja, do percentual máximo de reajuste autorizado para os planos individuais (peça 90, p. 26-28).

11. Naturalmente, a simples alimentação de bancos de dados não pode ser tomada como monitoramento do mercado. Para tanto, a par da prévia aferição de sua confiabilidade, é preciso criticar, analisar e confrontar esses dados com padrões de referência adequadamente construídos. Os desvios, então, assim identificados, devem ser investigados de forma mais detida e, se for o caso, submetidos às ações corretivas pertinentes.

12. Observo, a propósito, que é ampla a competência atribuída à ANS para o exercício de sua ação fiscalizatória junto às operadoras:

Lei 9.656/1998

*“Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades (...).*

*§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.”*

Lei 9.961/2000

“Art. 4º Compete à ANS:

.....  
*XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;*

*XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;*

.....  
*XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990”.*

13. Tenho por adequada, pois, a sugestão de determinação à entidade para que apresente a esta Corte plano de providências contemplando a instituição de mecanismos de identificação, prevenção e correção de reajustes abusivos em planos coletivos de saúde.

14. Da mesma forma, dado seu significativo impacto na definição dos reajustes, considero oportuna a recomendação de que seja ampliado o acesso dos contratantes às informações relativas às despesas assistenciais efetivamente incorridas pelo conjunto dos usuários dos respectivos planos, assegurando maior equilíbrio entre as partes nas renegociações de preços.

15. Com efeito, tais despesas – definidas como “*aquelas resultantes de toda e qualquer utilização das coberturas contratadas*” (item 72 do relatório) – chegaram, no universo das operadoras, a R\$ 105,8 bilhões em 2014, consumindo nada menos do que 84,9% (índice de sinistralidade) de toda a receita auferida pelo setor (item 75).

16. Por outro lado, a recomendação para que a ANS avalie “*a veracidade da premissa de que pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos têm na prática paridade de forças nas negociações de reajustes com as operadoras*” parece-me impertinente.

17. Na realidade, é precisamente o reconhecimento da existência de assimetrias e falhas na dinâmica do mercado que justifica a criação e a atuação dos órgãos reguladores.

18. Nessas circunstâncias, incumbe à Agência, como corretamente anotou a equipe de auditoria, “*não só atuar sobre a legislação, mas também monitorar estratégias e implementar mecanismos de correção no mercado*” (item 80 do relatório).

19. O terceiro achado – admissão de lançamentos inconsistentes no Sistema de Comunicado de Reajuste de Planos Coletivos (RPC) – é, em certa medida, reflexo das falhas apresentadas pela ANS na aferição da fidedignidade das informações prestadas pelas operadoras, já tratadas acima. Ademais, como notícia a unidade técnica, a matéria também está contemplada no conjunto de providências demandadas à ANS no âmbito do Acórdão 3.078/2016-Plenário, devendo ser objeto de acompanhamento em futuras ações de monitoramento (itens 206-207 do relatório).

20. Os dois últimos achados, finalmente, referem-se aos planos individuais.

21. No tocante ao suposto **deficit** de transparência no cálculo dos reajustes dos planos individuais, o relatório informa que “*desde 2011 é utilizada a metodologia de cálculo descrita na Nota Técnica 1060/2010/GGEFP/Dipro/ANS*” (item 209).

22. A respeito, a ANS pondera que “*divulga em seu portal informações sobre a forma de cálculo do reajuste, em linguagem simplificada para entendimento dos consumidores*”, acrescentando que “*a não edição de normativo (...) se justifica por este ser um tema em constante debate e iminente revisão por parte da Agência*” (peça. 80, p. 12).

23. A meu ver, a existência da nota técnica e a divulgação da forma de cálculo dos reajustes já atendem, de forma satisfatória, aos princípios da transparência e da publicidade, não se justificando a determinação sugerida pela equipe.

24. Com relação ao possível cômputo em duplicidade, nos reajustes dos planos individuais, das mudanças promovidas pela Agência no rol de procedimentos e eventos em saúde, embora a autarquia assevere “*não ser possível afirmar a existência de dupla contagem, ou em que grau ela se daria*” (peça 80, p. 29), e tampouco o relatório de auditoria apresente elementos conclusivos a respeito, a probabilidade de erro é, sim, bem elevada, dada a metodologia de cálculo atualmente empregada.

25. De fato, se os planos individuais são reajustados, grosso modo, pela média ponderada dos reajustes aplicados sobre os planos coletivos – os quais, naturalmente, já consideram os efeitos de eventual atualização do rol de procedimentos e eventos –, acrescer a essa média o impacto da atualização do rol significa, a princípio, computá-lo duas vezes.

26. De passagem, não posso deixar de anotar que as dúvidas manifestadas pela Agência Reguladora acerca da ocorrência ou não dessa dupla contagem não subsistiriam se as informações econômico-financeiras apresentadas pelas operadoras fossem, efetivamente, criticadas e analisadas pela entidade.

27. De toda sorte, cumpre à ANS examinar a questão com maior profundidade e, constatado eventual excesso em reajustes já autorizados, adotar as medidas saneadoras cabíveis.

28. Diante do exposto, voto no sentido de que este Colegiado adote a deliberação que ora submeto à sua apreciação.

TCU, Sala das Sessões Ministro Luciano Brandão Alves de Souza, em 28 de março de 2018.

BENJAMIN ZYMLER  
Relator

### Declaração de Voto

A auditoria operacional realizada pela Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde) na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) merece ser destacada devido à relevância do tema. Trata-se de questão extremamente sensível, que atinge diretamente a população brasileira tão carente de serviços públicos de saúde de boa qualidade e por isso mesmo tão dependente de acesso a planos privados de assistência suplementar à saúde.

2. Os achados de auditoria demonstram que a agência reguladora de saúde suplementar não está exercendo adequadamente suas competências quanto à aferição das informações econômico-financeiras que são encaminhadas pelas operadoras de planos de saúde.

3. As falhas regulatórias cometidas pela ANS expõem os consumidores a riscos de sofrerem aumento abusivos de preços nos planos de saúde e, conseqüentemente, de não conseguirem arcar com despesas que se tornam cada vez mais pesadas nos orçamentos familiares, ficando assim sem acesso a serviços de saúde suplementares.

4. Insta ressaltar que tais riscos atingem de forma mais dramática a população idosa, cujos contratos sofrem os maiores aumentos dos valores das contraprestações pecuniárias.

5. Impõe-se diante do quadro revelado na auditoria que esta Corte de Contas continue a fiscalizar a atuação da ANS e a cobrar dessa agência que exerça suas competências regulatórias em relação às operadoras de planos de saúde suplementares, de modo a efetivamente reduzir assimetrias, proporcionar transparência nos processos de reajustes de preços, sem onerar de forma injusta e excessiva os consumidores.

Em vista do exposto, alinho-me integralmente ao voto do eminente relator.

TCU, Sala das Sessões Ministro Luciano Brandão Alves de Souza, em 28 de março de 2018.

**WEDER DE OLIVEIRA**  
Ministro-Substituto

## ACÓRDÃO Nº 679/2018 – TCU – Plenário

1. Processo nº TC 021.852/2014-6.
2. Grupo II – Classe de Assunto: V – Auditoria
3. Responsáveis: André Longo Araújo de Melo (768.999.934-49); Fausto Pereira dos Santos (341.674.631-72); Januário Montone (724.059.888-87); José Carlos de Souza Abrahão (432.476.607-04); Martha Regina de Oliveira (072.023.127-27); Mauricio Ceschin (064.056.448-80).
4. Entidade: Agência Nacional de Saúde Suplementar.
5. Relator: Ministro Benjamin Zymler.
6. Representante do Ministério Público: não atuou.
7. Unidade Técnica: Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaude).
8. Representação legal: não há
9. Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos de auditoria realizada com o propósito de avaliar as ações da Agência Nacional de Saúde Suplementar relativas ao reajustamento dos valores dos planos de saúde suplementar,

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão do Plenário, com fulcro nos arts. 1º, inciso II, 41, inciso II, e 43 da Lei 8.443/1992, c/c os arts. 230, 239 e 250 do Regimento Interno, e diante das razões expostas pelo Relator, em:

9.1. determinar à Agência Nacional de Saúde Suplementar que:

9.1.1. elabore e envie a esta Corte, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, se ainda não o fez, plano de providências contemplando a instituição de mecanismos de atuação que permitam a efetiva aferição da fidedignidade e a análise crítica das informações econômico-financeiras comunicadas à autarquia pelas operadoras de planos de saúde, mormente no que se refere à retomada das visitas técnicas às empresas e ao tratamento dos casos em que identificadas práticas abusivas contra os consumidores;

9.1.2. reavalie a metodologia atualmente utilizada para definição do índice máximo de reajuste anual dos planos de saúde individuais/familiares, de modo a prevenir, com segurança, os efeitos de possível cômputo em duplicidade da variação associada à atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde, haja vista tal variação, presumivelmente, já ser levada em conta pelas operadoras na definição dos reajustes dos planos coletivos;

9.2. recomendar à Agência Nacional de Saúde Suplementar que avalie a conveniência e a oportunidade de passar a exigir das operadoras de planos de saúde, por ocasião dos reajustes de preços, a disponibilização, aos respectivos contratantes, de informações que permitam a aferição do correspondente índice de sinistralidade verificado no período anterior, como a discriminação e os quantitativos de procedimentos efetivamente demandados pelos beneficiários e os valores pagos aos prestadores de serviços;

9.3. classificar como sigilosas, nos termos do art. 4º, § 2º, da Resolução TCU 254/2013, as peças 90, 97 e 101 destes autos, incluindo os respectivos itens não digitalizáveis;

9.4. autorizar o arquivamento dos autos.

10. Ata nº 10/2018 – Plenário.
11. Data da Sessão: 28/3/2018 – Extraordinária.
12. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-0679-10/18-P.

13. Especificação do quorum:

13.1. Ministros presentes: Raimundo Carreiro (Presidente), Benjamin Zymler (Relator) e Augusto Nardes.

13.2. Ministros-Substitutos convocados: Augusto Sherman Cavalcanti, Marcos Bemquerer Costa, André Luís de Carvalho e Weder de Oliveira.

(Assinado Eletronicamente)  
**RAIMUNDO CARREIRO**  
Presidente

(Assinado Eletronicamente)  
**BENJAMIN ZYMLER**  
Relator

Fui presente:

(Assinado Eletronicamente)  
**LUCAS ROCHA FURTADO**  
Procurador-Geral, em exercício