

Auditoria: ações da ANS sobre os reajustes anuais dos planos de saúde suplementar

**Acórdãos 679 e 1188/2018-TCU-Plenário
(TC 021.852/2014-6)**

Auditória Operacional na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

- Objetivo: avaliar as ações da ANS referentes aos reajustes anuais dos planos de saúde suplementar, abrangendo os planos individuais e coletivos, e identificar oportunidades de melhoria.

- **Planos individuais:** o percentual máximo de reajuste anual é definido pela ANS.
- **Planos coletivos:** os reajustes são definidos livremente pelas operadoras. A ANS atua apenas no monitoramento dos preços praticados no mercado.
- **Planos exclusivamente odontológicos:** reajustes são definidos pelas operadoras, conforme Resolução Normativa-ANS 172/2008.
- **Reajuste por faixa etária:** percentuais são fixados por cada operadora, segundo as condições da Resolução Normativa-ANS 63/2003.

Entrevista com especialistas: preocupação com a sustentabilidade do setor

- aumento dos custos na saúde suplementar em percentuais superiores à inflação
- limitada capacidade de pagamento dos consumidores
- reajustes superiores à inflação.



Necessidade de delimitação do objeto desta auditoria:

- verificar a atuação regulatória da ANS quanto aos reajustes anuais dos planos médico-hospitalares;
- verificar se os procedimentos e os mecanismos utilizados são suficientes para garantir a sustentabilidade do mercado e a não onerosidade excessiva dos consumidores;
- Avaliar as ações da ANS destinadas a informar e atender os beneficiários quanto aos reajustes das mensalidades.

ACHADO I:

Insuficiência de mecanismos para prevenção, identificação e correção de reajustes abusivos em planos coletivos

O modelo atual de regulação dos reajustes de contraprestações de planos coletivos é inefetivo



mero monitoramento efetuado por meio da obrigatoriedade de que as operadoras enviem à agência comunicados informando os percentuais de reajuste praticados

ACHADO II:



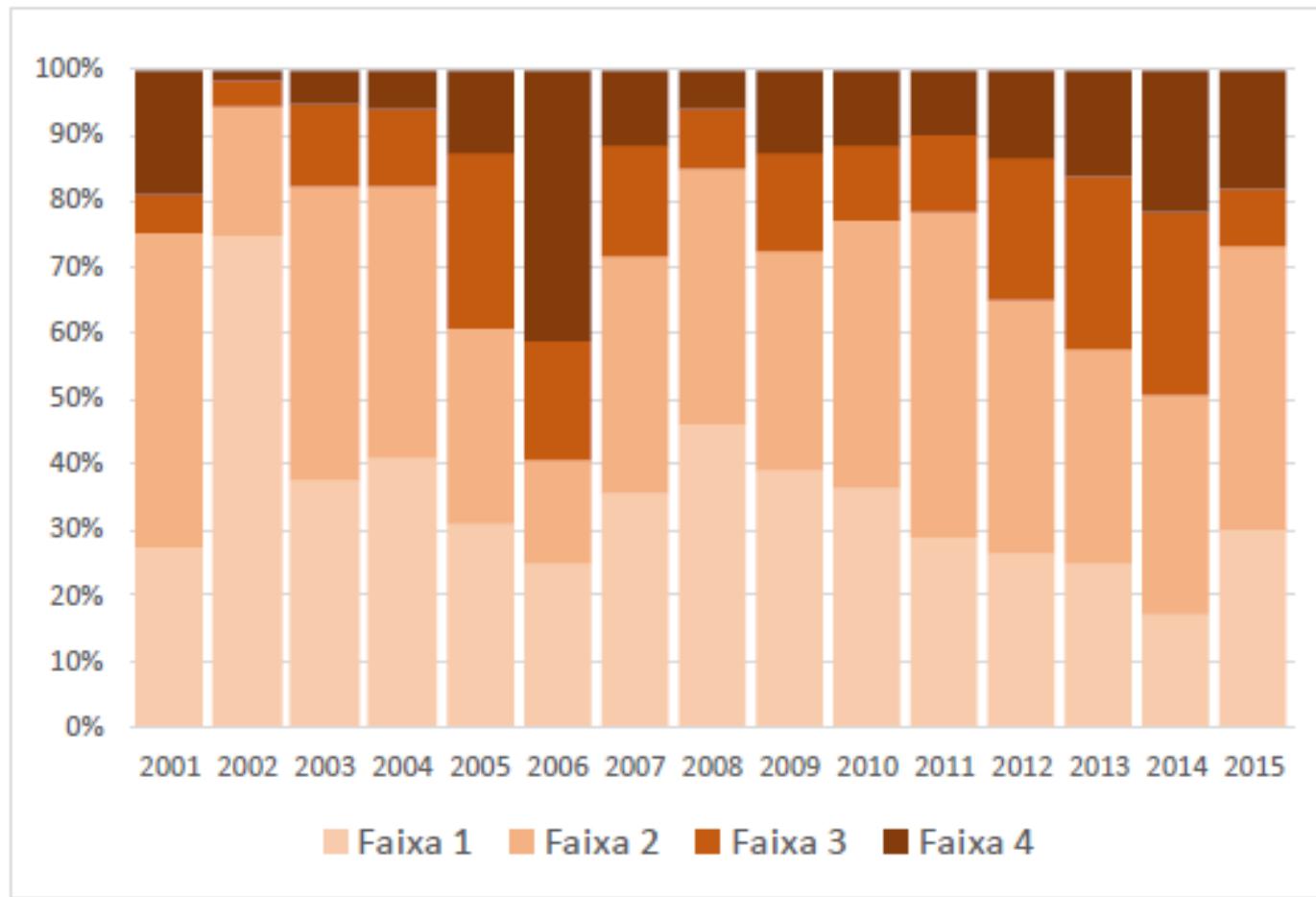
Insuficiência de informações à disposição das pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos para adequada avaliação dos valores de reajustes propostos pelas operadoras.

não há obrigatoriedade para descrição de detalhes da memória de cálculo do percentual de reajuste aplicado nos planos coletivos durante os reajustes anuais por variação de custos

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

ACHADO II:

Gráfico 1 – Percentual de Reajustes dentro das Faixas do IPCA



ACHADO II:

Tabela 6 – VCMH por tipo de contratação

| Ano | Mediana | | |
|------|------------|-----------|-------------|
| | Individual | Coleutivo | Empresarial |
| 2010 | 4,12% | | 1,73% |
| 2011 | 9,55% | | 7,84% |
| 2012 | 10,74% | | 8,35% |

Fonte: ANS (peça 44, p. 48)

ACHADO II:

127. A despeito 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.

ACHADO III:

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

Ausência de mecanismos suficientes de validação das informações inseridas pelas operadoras



Introdução de percentuais de reajuste com erros



Utilização desses dados no cálculo do percentual máximo de reajustes dos planos individuais

ACHADO IV:

Déficit de transparência na metodologia de cálculo do percentual máximo de reajuste dos planos individuais

- metodologia utilizada para a definição dos percentuais de reajuste dos planos individuais e familiares não está estabelecida em norma e nem no site da ANS
- metodologia tem sofrido modificações anuais que não são descritas nem apresentadas de forma transparente em documentos acessíveis ao público em geral

ACHADO V:

Insuficiência de mecanismos para evitar a ocorrência do duplo impacto da atualização do rol de procedimentos

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

Acórdão 679/2018-TCU-Plenário

9.1. determinar à ANS que:

9.1.1. elabore e envie a esta Corte, 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;**

Acórdão 679/2018-TCU-Plenário

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;

Acórdão 679/2018-TCU-Plenário

9.2. recomendar à ANS 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;**

Acórdão 1188/2018-TCU-Plenário

- Apreciou Embargos de Declaração opostos pela agência, por meio dos quais pretendeu desconstituir as determinações/recomendações exaradas
- O Tribunal conheceu os ED e, no mérito, os rejeitou, mantendo-se, portanto, inalterados os termos do acórdão originário
- A agência tem 180 dias para apresentar plano de ação para cumprimento das medidas emanadas pelo Tribunal (dez/2018)

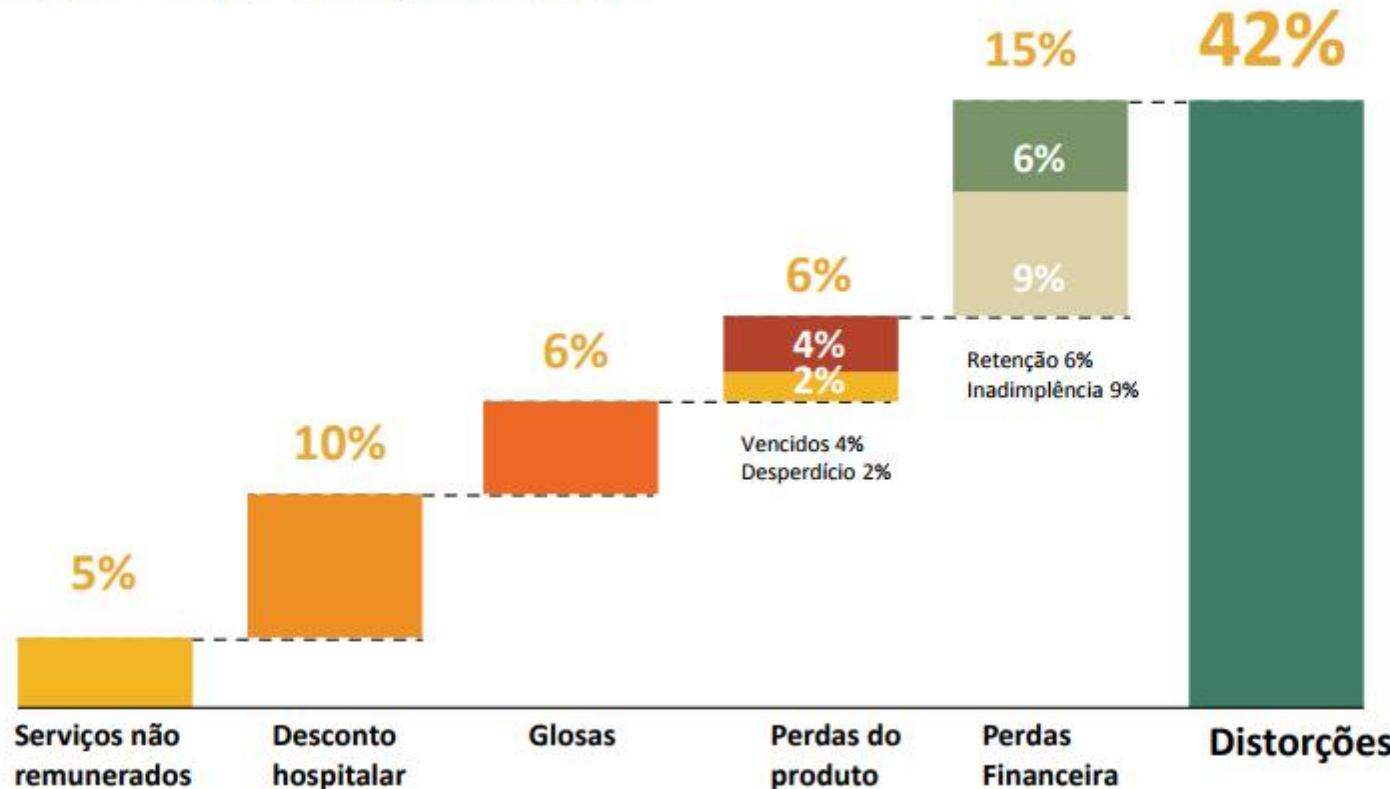
Benefícios esperados

- Contribuir para a melhoria da atuação da Agência;
- Aumento da eficácia, eficiência, efetividade e economicidade das ações de regulação dos reajustes;
- Aumento da transparência do setor.

O que diz a Indústria?

Distorções: perdas

- As distorções oneram em até **42%** o custo de operação de um importador/distribuidor

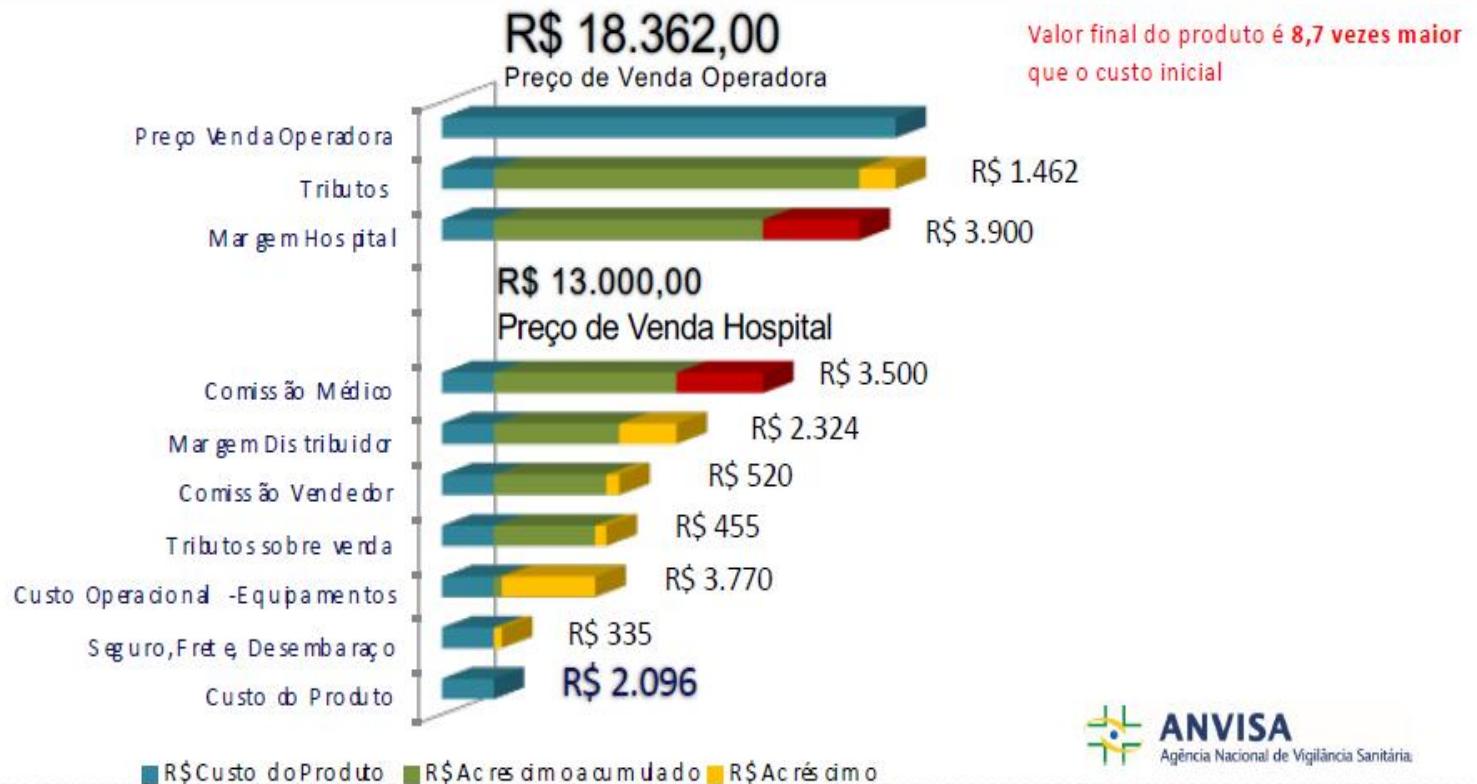


O que diz a Anvisa?



Margens agregadas na cadeia

Ex. Prótese de joelho



COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

ENTENDA O QUE MUDA COM AS NOVAS REGRAS

(RESOLUÇÃO CONSU N° 8/1998)

(RESOLUÇÃO NORMATIVA N° 433/2018)

ATÉ AGORA



Operadoras podiam cobrar do consumidor **qualquer percentual** pelos procedimentos realizados. Não havia a definição de um **limite de cobrança** por procedimento nem valor máximo (mês/ano)



Cobrança podia incidir sobre **qualquer procedimento** realizado pelos consumidores



Permitia **cobrança diferenciada** por doença ou patologia e cobrança em casos de internações por evento realizado



Apenas em caso de **internação** exigia a cobrança de valor monetário fixo e único



Não havia **regras claras** nem **transparência** para o consumidor

COM A NOVA REGRA



Determina um **percentual máximo** (40%) a ser cobrado pelo procedimentos realizados e **impõe limites** para o valor total pago no mês e no ano pelo consumidor



Não pode haver cobrança de coparticipação e franquia em **mais de 250 procedimentos**, como exames preventivos e tratamentos de doenças crônicas, entre eles, tratamentos de câncer e hemodiálise



Proíbe uso de coparticipação e franquia **diferenciado por doença ou patologia**



Estabelece valor monetário fixo e único para **atendimento em internação e pronto-socorro**



Operadoras devem disponibilizar ao consumidor o **extrato de utilização do plano** com os valores aplicados



Estabelece **regras claras**, suprindo lacunas da legislação, garantindo maior previsibilidade, clareza e segurança jurídica aos consumidores

Obrigado!

Messias Trindade

Secretaria de Controle Externo da Saúde (Secex Saúde)

✉ secexsaude@tcu.gov.br

☎ (61) 3316-7334