



SENADO FEDERAL

Of. 1177/2018 - SF

Brasília, 30 de outubro de 2018

A Sua Excelência o Senhor
Senador **FERNANDO BEZERRA COELHO**
Senado Federal

Assunto: Resposta ao Requerimento nº 395, de 2018.

Senhor Senador,

Envio a V. Exa. cópia do Aviso nº 611/2018-ASPAR/GM/MS, do Ministro da Saúde, por meio do qual encaminha informações em resposta ao Requerimento nº 395, de 2018, de sua autoria.

Atenciosamente,

Senador João Alberto Souza
No exercício da Primeira Secretária



Junte-se ao processado do
requerimento nº 395 de 18
Em 20 / 10 / 2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Aviso nº 611/2018-ASPAR/GM/MS

Brasília, 29 de outubro de 2018.

A Sua Excelência o Senhor
Senador JOSÉ PIMENTEL
Primeiro-Secretário do
Senado Federal

Assunto: Requerimento de Informação.

Senhor Primeiro-Secretário,

Reportando-me ao Ofício nº 1125 (SF) de 23 de outubro de 2018, referente ao Requerimento de Informação nº 395/2018, do Senador FERNANDO BEZERRA COELHO, em que foram solicitadas deste Ministério informações acerca do reajuste autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de 10% (dez por cento) para contratos individuais e familiares de planos privados de assistência à saúde, encaminho resposta com os esclarecimentos prestados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Atenciosamente,

GILBERTO OCCHI
Ministro de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Gilberto Magalhães Occhi, Ministro de Estado da Saúde**, em 29/10/2018, às 16:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **6368199** e o código CRC **D3B6978A**.

Referência: Processo nº 25000.184976/2018-94

SEI nº 6368199



Ofício nº 064/2018/GGRIN/GAB/PRESI

Brasília, 26 de julho de 2018.

Ao Senhor

Georgenor Cavalcante Pinto

Assessor Especial do Ministro da Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G – 5º andar, Sala 536

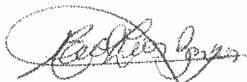
70058-900 Brasília - DF

Assunto: Requerimento de Informação nº 395/2018

Senhor Assessor,

Em atenção ao Ofício nº 1621/2018/ASPAR/GM/MS, encaminho em anexo a **Nota nº 71/2018/GEFAP/GGREP/DIPRO**, contendo manifestação desta Agência sobre do Requerimento de Informação nº 395/2018, de autoria do Senador Fernando Bezerra Coelho (MDB/PE), que solicita informações acerca do reajuste autorizado pela ANS de 10% para contratos individuais e familiares de planos de assistência à saúde.

Atenciosamente,



Ana Carolina Rios Barbosa
Gerente-Geral de Relações Institucionais





Nota nº 71 /2018/GEFAP/GGREP/DIPRO

Rio de Janeiro, 18 de julho de 2018.

Assunto: Requerimento nº 395/2018

Prezado Gerente-Geral,

A presente Nota visa trazer subsídios para resposta ao Requerimento nº 395/2018, do Senado Federal, o qual elenca os seguintes questionamentos a este órgão regulador:

- 1- Quais foram os critérios considerados pela ANS para autorizar o reajuste de dez por cento nas mensalidades dos planos individuais e familiares?
- 2- Por que a ANS adotou esse percentual em vez de tomar como base o IPCA relativo à inflação dos itens de saúde e cuidados pessoais?
- 3- Quais as medidas tomadas pela ANS para atender às determinações contidas no Acórdão do TCU acerca da metodologia adotada para calcular o reajuste dos planos individuais e familiares?
- 4- Como a ANS, no papel de agência reguladora, pode atuar de forma mais isonômica em relação ao setor regulado e aos consumidores?

Inicialmente, faz-se mister trazer alguns esclarecimentos sobre a regulação dos reajustes nos planos individuais/familiares para, em seguida, responder um a um os questionamentos:

Quanto à metodologia utilizada pela ANS para cálculo dos reajustes dos planos individuais/familiares.

Entre as competências da ANS estabelecidas na Lei nº 9.961/2000, está a autorização de reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias



dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda (art. 4º, inciso XXVII). A ANS, criada naquela mesma Lei, não possuía histórico de informações que a possibilitassem desenvolver metodologia para definir o reajuste dos planos individuais/familiares.

Assim, em junho de 2000, a Agência, pela primeira vez, publicou norma estabelecendo índice máximo de reajuste para os planos individuais/familiares (RDC 29/2000), baseado na variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). No ano seguinte, a metodologia adotada para determinação do índice máximo de reajuste passou a basear-se nos reajustes dos planos coletivos, informação essa já existente na ANS e amparada por metodologia conhecida na literatura econômica de regulação como *Yardstick Competition*. Desde então, com pequenas variações, que incluíram a utilização concomitante dessa metodologia com a aplicação do IPCA para as despesas não assistenciais, um programa de valorização da consulta médica em 2002 e a incorporação de fatores exógenos a partir de 2008, essa metodologia vem sendo utilizada.

A *Yardstick Competition* foi proposta por Andrei Schleifer, em 1985, em artigo intitulado "*A Theory of Yardstick Competition*", publicado no *Rand Journal of Economics* (vol. 16, nº 3, outono de 1985). A metodologia consiste em utilizar o desempenho de firmas semelhantes para estabelecer um parâmetro por meio do qual o desempenho das firmas reguladas pode ser avaliado. Seu princípio é de que o regulador estabeleça um parâmetro que não seja o desempenho passado ou presente da própria firma regulada. A utilização de referências derivadas de firmas com características semelhantes às reguladas, mas que atuam em mercados mais competitivos, permite inferir o nível de custos mais baixo possível a ser atingido pelas firmas reguladas.

De acordo com VISCUSI et al., em *Economics of Regulation and Antitrust* (4ª edição), publicado pela The MIT Press, a principal vantagem dessa metodologia é que não requer o uso intensivo de dados,

diferentemente dos demais métodos utilizados para definição de preços máximos, que não podem ser calculados sem volume considerável de informações do mercado, como custos, demanda e produtividade.

A aplicação na saúde suplementar da *Yardstick Competition* é possível porque se entende que existem dois mercados de produtos – um referente aos planos individuais/familiares e outro referente aos planos coletivos – no setor. Esse entendimento é adotado por analistas de mercado e também pela ANS no estabelecimento de processos internos. A sua fundamentação baseia-se no fato de que, nos contratos coletivos, a demanda do consumidor está condicionada ao vínculo a uma pessoa jurídica contratante e às decisões dessa pessoa jurídica, o que limita as possíveis escolhas do consumidor, enquanto, nos contratos individuais/familiares, a depender da restrição orçamentária, o conjunto de escolhas de um consumidor pode ser toda a oferta de planos individuais/familiares de saúde de sua localidade, como explicam ANDRADE et al. em *Estrutura de Concorrência no Setor de operadoras de Planos de Saúde no Brasil*, publicado pela OPAS/ANS em 2015.

Enquanto no mercado de planos individuais/familiares os reajustes devem ser menores ou iguais ao índice calculado pela ANS, no mercado de planos coletivos são comunicados à Agência e são por ela monitorados. Na aplicação desenvolvida pela ANS, os comunicados de reajustes em planos coletivos com mais de trinta vidas, cujos aniversários ocorrerem entre março do ano anterior ao estabelecimento do índice de reajuste de planos individuais/familiares da ANS e fevereiro do ano em que é calculado o índice, são utilizados como parâmetro para o estabelecimento de limite máximo ao reajuste dos planos individuais/familiares. Esse limite restringe o aumento dos contratos de planos individuais/familiares que fazem aniversário entre maio do ano de cálculo do índice e abril do ano seguinte.

Além do fato de que a ANS dispõe dessas informações e de que elas são mais facilmente conferíveis do que outros dados de mercado, a utilização dos reajustes aplicados aos produtos coletivos com mais de trinta



beneficiários na definição do reajuste dos planos individuais/familiares possibilita a correção de eventuais desequilíbrios no mercado destes planos. Isso porque, quanto maiores os vínculos associados a um contrato, melhores tendem a ser as condições de aquisição do produto e, posteriormente, dos reajustes a ele aplicados. O poder de barganha de um contratante está relacionado ao número de vidas de seu contrato. Há, também, diluição de risco nos contratos maiores, pois a ocorrência de eventos raros, porém onerosos, é compensada pelas contraprestações regulares de muitos beneficiários.

O sistema de divisão de riscos na saúde suplementar é chamado de mutualismo. Por mutualismo entende-se que todos os custos de consultas, de cirurgias, de internações e de demais atendimentos ocorridos a cada mês são repartidos entre os seus beneficiários. Assim, é possível diluir as despesas, tornando-as viáveis para o indivíduo dentro do grupo. Ou seja, os indivíduos mais saudáveis (de menor risco) subsidiam aqueles menos saudáveis (de maior risco). Essa é uma característica fundamental do modelo de negócio adotado pelas empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Quanto menor a quantidade de beneficiários em um contrato, menor a possibilidade de diluição do risco.

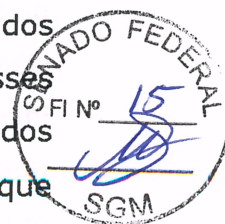
Além do mutualismo, existe uma ponderação por faixa etária, que faz com que os preços dos planos sejam mais atraentes aos consumidores mais jovens, uma vez que o preço de um plano é calculado de acordo com sua expectativa de utilização, ou seja, o prêmio é determinado pelo risco médio de um grupo ou subgrupo. Essa divisão de riscos por faixa etária é chamada de mutualismo com solidariedade intergeracional. No mutualismo, o prêmio é igual para todos os membros do plano em cada faixa etária, e por solidariedade intergeracional entende-se que os beneficiários das faixas etárias mais jovens subsidiam os indivíduos das faixas etárias mais avançadas.

Dadas as características da operação de planos de saúde, salvo quando há coparticipações ou franquias, aumentos na utilização dos serviços não se refletem nos valores devidos pelos beneficiários, que pagam contraprestações fixas. A legislação e a regulação proíbem, ademais, a limitação na utilização de serviços cobertos, como consultas e internação, de modo que o uso desses serviços não é passível de controle pelas operadoras de planos de saúde.

Desse modo, se os reajustes nas contraprestações refletirem apenas o aumento nos preços dos serviços, podem não ser condizentes com variações de custos, relacionadas à utilização de serviços. O equilíbrio econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde seria comprometido, o que, a longo prazo, poderia comprometer a continuidade de atendimento à massa de beneficiários existente e provocar a diminuição da oferta de planos de saúde, prejudicando a concorrência e o acesso dos beneficiários à saúde suplementar. Por essa razão, ao determinar um limite para o reajuste das contraprestações, o regulador deve utilizar metodologia que considere o aumento dos preços dos serviços cobertos e a variação na utilização desses serviços.

Tem sido recorrente a argumentação de que os índices estabelecidos pela ANS como limites ao reajuste dos planos individuais/familiares seriam abusivos e poderiam ser evitados, pois foram sistematicamente maiores do que o IPCA. Essa constatação teria como premissa variarem os custos das operadoras de planos de saúde na mesma proporção que a inflação geral, sendo a diferença entre o índice calculado pela ANS e a inflação geral apropriada pelas operadoras de planos de saúde.

Como anteriormente elucidado, contudo, os custos das operadoras de planos de saúde são afetados não apenas pelas variações nos preços dos serviços cobertos, mas também pela variação na utilização desses serviços. A comparação para determinação da possível abusividade dos índices máximos de reajuste poderia, portanto, ser feita com um índice que considere tanto a variação de preços como de quantidade de serviços



utilizado (índice de valor), tal como a VCMH – Variação dos Custos Médico-Hospitalares, e não com um índice geral de preço.

Índices gerais de preço medem a variação de preços de diversos setores, como alimentação e bebidas, habitação, além da própria saúde. Dessa forma, a inflação, medida por esses índices, representa a variação média de preços de diversos produtos e serviços, que compõem uma cesta de consumo das famílias. Índices de valor consideram tanto a variação dos preços como a variação das quantidades dos insumos consumidos.

No que tange à variação das quantidades dos insumos consumidos, há que se considerar que a dinâmica na saúde suplementar tende a ser diferente de outros setores. A incorporação tecnológica não necessariamente reduz custos no setor de saúde. Métodos de diagnóstico e tratamento eficazes são, muitas vezes, substituídos por outros, intensivos em tecnologia, mas que geram os mesmos resultados. Também é comum procedimentos serem apenas justapostos, ao invés de substituídos, sem que isso implique maior precisão no diagnóstico ou efetividade do tratamento. Nesses casos, ganhos de produtividade, seja em termos de trabalho (alcance do mesmo resultado com menos trabalhadores ou menos capital humano) ou de capital (alcance do mesmo resultado com diminuição do capital necessário), tendem a ser limitados.

Além disso, assimetrias informacionais tornam difícil instituir sistemas de remuneração e de adoção de tecnologia que resultem em incentivos para que os prestadores de serviços de saúde, conjuntamente com os usuários dos serviços, adotem caminhos terapêuticos eficientes e eficazes. Estabelecer sistemas que incentivem a produtividade e, paralelamente, a qualidade é ainda um desafio no setor. Na saúde suplementar brasileira, o sistema de remuneração mais usado – pagamento por procedimento – incentiva a produção e pode aumentar a velocidade do crescimento das despesas assistenciais. Ricardo Bessa, em sua dissertação de mestrado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da

Fundação Getúlio Vargas como requisito para obtenção do grau de mestre em 2011, após entrevistar dirigentes de diversas operadoras de planos de saúde, concluiu que os agentes do setor sabem que o sistema de pagamentos utilizado não é o mais adequado, mas não conseguem coordenar-se para alterá-lo.

A dinâmica dos custos na saúde suplementar também é afetada de forma muito específica pelo envelhecimento da população. Se a utilização de serviços dos beneficiários mais idosos é crescente, numa única faixa etária que concentra todos os idosos (59 anos ou mais, de acordo com a Resolução Normativa nº 63), e não é possível diferenciar as contraprestações pagas, haverá aumento dos valores estabelecidos para toda a faixa etária a partir dos 59 anos. Contudo, como a regulação restringe o aumento das contraprestações dessa faixa em relação à primeira em até seis vezes, será necessário reajustar as contraprestações de todos os beneficiários do plano.

Desta forma, a metodologia do *Yardstick* mostra-se adequada, uma vez que a variável observada (o reajuste aplicado aos contratos coletivos) pode ser considerada uma proxy da variação dos custos ocorridos no mercado. Além disso, é importante notar que o reajuste aplicado aos contratos coletivos é fruto de negociação entre duas pessoas jurídicas — a operadora e a pessoa jurídica contratante. O percentual aplicado acaba por sofrer pressão da pessoa jurídica contratante, de modo que a operadora não consegue simplesmente repassar seus custos. Assim, além de medir a variação de custos ocorrida no próprio setor, a metodologia conhecida como *Yardstick* consegue estimular a eficiência no setor.

Não obstante a justeza da política de reajuste desta Agência durante dezessete anos de aplicação da metodologia, a teoria econômica da regulação evoluiu e o setor de saúde suplementar se consolidou. Ademais, a própria ANS armazenou dados sobre o setor e desenvolveu conhecimento sobre a saúde suplementar que ensejaram a discussão sobre o método



utilizado para a definição do índice máximo de reajuste dos planos individuais/familiares.

Em 2010, se promoveu uma Câmara Técnica com a finalidade de discutir a sistemática de reajuste dos planos individuais/familiares e a possibilidade de construção de um novo modelo de reajuste para esses planos. Participaram dessa Câmara representantes das diferentes diretorias da Agência e de entidades representativas das operadoras e dos consumidores, como o IDEC, PROCON de São Paulo e o então Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor do Ministério da Justiça. Buscava-se um modelo que refletisse com maior eficiência a variação anual dos custos do setor de saúde suplementar, considerando-se eventuais melhorias de produtividade, qualidade e eficiência das operadoras de planos de saúde, que captasse eventuais variações geradas por eventos exógenos nos custos, e estimulasse a competição.

Após a realização de quatro reuniões e formação de grupo interno de trabalho, que se reuniu por cinco vezes, concluiu-se que, apesar de haver avanços significativos na disponibilidade de dados no setor, a aplicação de qualquer outro modelo seria comprometida porque os dados contábeis coletados pela Agência ainda não permitiam validação de método baseado diretamente na variação de custos médico-hospitalares de planos individuais/familiares. Os índices de preços externos não são adequados porque não medem a variação de frequência da utilização dos procedimentos, que é um dos componentes da variação dos custos das operadoras, conforme já elucidado. Identificaram-se, contudo, as etapas necessárias para a continuidade dos estudos.

Nesse sentido, a Agência prosseguiu no estudo do aprimoramento da metodologia de cálculo do índice de reajuste dos planos individuais/familiares e, com a melhoria dos dados contábeis das operadoras de planos de saúde desde 2012, o corpo técnico desta Agência vislumbrou a possibilidade de implementação de um índice setorial baseado exclusivamente nos dados da

carteira de planos individuais/familiares, propondo à Diretoria Colegiada desse órgão a alteração da metodologia.

O Relatório de Análise de Impacto Regulatório elaborado para instrução do processo de proposta de nova metodologia para cálculo de Reajuste de Planos Individuais (disponível no seguinte caminho), em seu item VIII.2 - Comparação entre o índice máximo de reajuste da ANS acrescido do fator faixa etária e a VCMH per capita – dispõe sobre a não existência de desequilíbrios estruturais decorrentes da atual política de reajustes, vista a imaterialidade do desvio de 0,24%, demonstrado na tabela e no gráfico a seguir:

Comparação entre Reajuste ANS e VCMH

Ano	IPC - FX	VCMH TOT per capita	Diferença
2000	5,42%	2,40%	7,95%
2001	8,71%	2,40%	11,32%
2002	7,69%	2,40%	10,27%
2003	9,27%	2,40%	11,69%
2004	11,75%	2,40%	14,43%
2005	11,69%	2,40%	14,37%
2006	8,89%	2,40%	11,50%
2007	5,76%	2,40%	8,30%
2008	5,48%	2,40%	8,01%
2009	6,76%	2,40%	9,32%
2010	6,73%	2,14%	9,01%
2011	7,69%	2,38%	10,25%
2012	7,93%	2,41%	10,53%
2013	9,04%	2,40%	11,66%
2014	9,66%	2,40%	12,28%
2015	13,55%	2,40%	16,28%
2016	13,57%	2,40%	16,30%
2017	13,55%	2,40%	16,20%

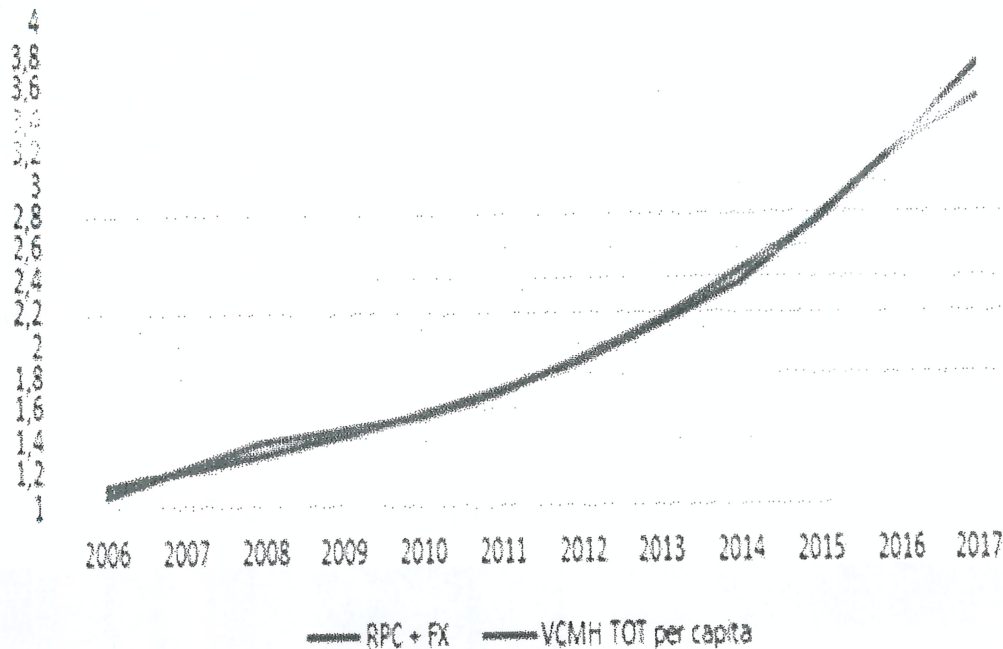
Estimativa

Ano	IPC - FX	VCMH TOT per capita	Diferença
2006	1,1150336	1,05661135	1,05529209
2007	1,207561764	1,239495857	0,974236224
2008	1,304305816	1,376923286	0,947261064
2009	1,425917705	1,469957059	0,97004038
2010	1,55445024	1,541340694	1,008505288
2011	1,713828365	1,689736443	1,014257799
2012	1,894313567	1,911520355	0,990998376
2013	2,115195345	2,123387367	0,996142003
2014	2,374975176	2,434020447	0,97574167
2015	2,761507136	2,746384578	1,005506351
2016	3,211513502	3,219088858	0,997646739
2017	3,734193748	3,54239529	1,05414372
Soma	25,41279597	25,35086158	1,002443088
Desvio Estrutural			0,24%



Comparação entre Reajuste ANS e VCM

Reajuste + FX x VCMH Total per capita



Prestados os esclarecimentos sobre a metodologia de cálculos dos reajustes nos planos individuais/familiares, passamos a responder cada um dos questionamentos:

1. Quais foram os critérios considerados pela ANS para autorizar o reajuste de dez por cento nas mensalidades dos planos individuais e familiares?

Conforme já explicitado, a ANS utiliza, desde 2001, a mesma metodologia para cálculos dos reajustes nos planos individuais/familiares.

Portanto, o cálculo do percentual de reajuste aplicado neste ano seguiu a mesma metodologia utilizada pela ANS nos anos anteriores.

Importante enfatizar que, não obstante a justeza da política de reajuste desta Agência durante mais de dezesseis anos de aplicação da metodologia, a teoria econômica da regulação evoluiu e o setor de saúde suplementar se consolidou. Ao longo desse processo, a própria ANS armazenou dados contábeis sobre o setor e desenvolveu conhecimento sobre a saúde suplementar que ensejaram a discussão sobre o método utilizado para a definição do índice máximo de reajuste dos planos individuais/familiares.

Após a realização de Câmara Técnica com a finalidade de discutir a sistemática de reajuste dos planos individuais/familiares e a possibilidade de construção de um novo modelo de reajuste para esses planos em 2010, a discussão regulatória prosseguiu e, em dezembro de 2017 e fevereiro de 2018, foram apresentadas, no âmbito do Comitê de Regulação da Estrutura de Produtos da Saúde Suplementar, novas propostas por parte desta Agência para a sistemática de reajustes, incluindo a de planos individuais. O conjunto dessas propostas pode ser visualizado através da página da ANS na internet: (<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/comite-de-regulacao-da-estrutura-dos-produtos/atas-e-documentos-das-reunioes-do-comite-de-regulacao-da-estrutura-dos-produtos>).

Nos dias 24 e 25 de julho de 2018, será realizada audiência pública com convite a diversas entidades para que sejam discutidas as propostas já apresentadas, bem como uma nova metodologia de reajuste para os planos individuais/familiares.

2. Por que a ANS adotou esse percentual em vez de tomar como base o IPCA relativo à inflação dos itens de saúde e cuidados pessoais?

Em relação ao IPCA-Saúde, deve ser salientado que se trata de um índice de preços e, por isso, não considera os efeitos da variação da frequência de utilização dos serviços de saúde, que é um dos componentes dos custos médico-hospitalares. O IPCA-Saúde busca medir a variação



unitária do preço de cada produto/serviço, mas não mede se as pessoas estão utilizando mais ou menos esses serviços. Esta variável (frequência de utilização) é essencial no mercado de saúde suplementar.

O IPCA-Saúde mede a variação dos preços pagos diretamente pelo consumidor e, por isso, se baseia em preços incompatíveis com os praticados entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. Além disso, esse é composto por uma cesta de serviços que contempla itens não relacionados a serviços médico-hospitalares, tais como higiene pessoal.

Ademais, o IPCA-Saúde é um índice retroalimentado pelos índices de reajuste autorizados pela ANS, uma vez que fazem parte do cálculo do índice.

Isso porque em sua estrutura, de acordo com o site do IBGE, em maio/2018, o peso do IPCA-Saúde e Cuidados pessoais no IPCA é 12,1965%, tendo em sua composição a parcela de planos de saúde de 4,0156%, conforme abaixo:

Tabela 1419 - IPCA - Variação mensal, acumulada no ano, acumulada em 12 meses e peso mensal, para o índice geral, grupos, subgrupos, item e subitens de produtos e serviços (a partir de janeiro/2012)

Variável - IPCA - Variação mensal (%)			
Brasil			
Maio - maio 2018			
Geral, grupo, subgrupo, item e subitem			
6. Saúde e cuidados pessoais	62. Serviços de saúde	6203. Plano de saúde	
0.57	0.79	1.06	

Fonte: IBGE - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

Tabela 1419 - IPCA - Variação mensal, acumulada no ano, acumulada em 12 meses e peso mensal, para o índice geral, grupos, subgrupos, item e subitens de produtos e serviços (a partir de janeiro/2012)

Variável - IPCA - Peso mensal (%)			
Brasil			
Maio - maio 2018			
Geral, grupo, subgrupo, item e subitem			
6. Saúde e cuidados pessoais	62. Serviços de saúde	6203. Plano de saúde	
12.1965	3.7865	4.0156	

Fonte: IBGE - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

Fonte: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/1419#resultado>

Desta forma, a eventual adoção do IPCA-Saúde para o índice dos contratos individuais seria inadequada, uma vez que não reflete a variação dos custos ocorridos no mercado de planos de saúde.

3. Quais as medidas tomadas pela ANS para atender às determinações contidas no Acórdão do TCU acerca da metodologia adotada para calcular o reajuste dos planos individuais e familiares?

O acórdão mencionado estipula o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para adoção de providências pela ANS.

Inobstante este órgão regulador encontrar-se rigorosamente dentro do prazo, vale destacar que várias ações já foram propostas pela DIPRO e apresentadas nas 7ª e 8ª Reuniões do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos.

Em adição, conforme já frisado, nos dias 24 e 25 de julho de 2018 será realizada audiência pública com convite a diversas entidades para que sejam apresentadas propostas de metodologia de reajuste para os planos individuais (<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/audiencias-publicas/audiencia-publica-10>).

4. Como a ANS, no papel de agência reguladora, pode atuar de forma mais isonômica em relação ao setor regulado e aos consumidores?

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, criada por intermédio da Lei nº 9.961/2000, foi incumbida de 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.



Para exercer suas atribuições, a ANS sempre buscou guiar sua missão institucional dentro dos princípios e garantias constitucionais sensíveis, especialmente aqueles dispostos no art. 5º da Constituição da República.

Portanto, a missão institucional da ANS consiste em se portar de maneira isonômica com relação a todos os participantes deste mercado, posição que tem adotado desde a sua criação.

Deve-se reconhecer que o mercado de saúde suplementar é um mercado muito complexo, pois possui características muito peculiares. Existe um alto grau de assimetria de informação entre beneficiários, operadoras e prestadores, rápida evolução tecnológica (com adição de novas tecnologias que não necessariamente substituem as antigas) e baixa elasticidade da demanda (uma vez que se trata da saúde das pessoas).

Por fim, deve ser salientado que a ANS sempre atuou dentro das melhores práticas regulatórias, oportunizando a participação social e realizando:

— Audiências públicas com ampla participação da sociedade, com a presença de órgãos como Ministério Público, IDEC, Procon, operadoras, academia e prestadores de serviços (registro das audiências públicas podem ser consultado em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/audiencias-publicas>)

— Consultas Públicas, oportunizando a participação da sociedade na discussão de normas (<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas>)

— Comitês e Comissões permanentes (<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes>)

— Câmaras e Grupos Técnicos para o aprofundamento das discussões relativas à saúde suplementar (<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos>)

— Além da Câmara de Saúde Suplementar, que é um órgão de participação institucionalizada da sociedade na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, de caráter permanente e consultivo, que tem por finalidade auxiliar a Diretoria Colegiada nas suas discussões (<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camss-camara-de-saude-suplementar>)

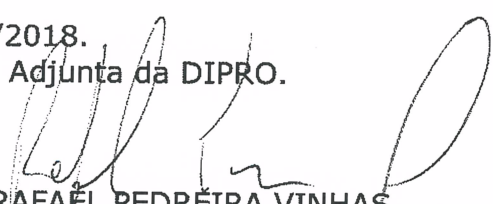
Sendo esses os esclarecimentos afetos a esta área técnica, encaminhe-se a presente Nota para aprovação da DIRAD/DIPRO e, em seguimento, à GGRIN/PRESI.

À consideração superior.


Daniele Rodrigues Campos
Gerente - Mat. SIAPE 1512533

Gerência Econômico-Financeira e Atuarial dos Produtos

De acordo. Em 18 / 07 / 2018.
Encaminhe-se à Diretoria Adjunta da DIPRO.


RAFAEL PEDREIRA VINHAS
Gerente-Geral - Mat. SIAPE 1530917
Gerência-Geral Regulatória da Estrutura dos Produtos

De acordo. Em 19 / 07 / 2018.
Encaminhe-se à PRESI.


FLAVIA LA LAINA
Diretora-Adjunta Substituta
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos



