



**RELATÓRIO E PROPOSTAS DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO  
RIO DE JANEIRO E DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE  
JANEIRO PARA AUDIÊNCIA PÚBLICA DA ANS – REGULAÇÃO DE PREÇO  
DOS PLANOS DE SAÚDE**

Trata-se de compilação de dados relevantes, para fins de considerações finais a serem apresentadas à ANS, durante a audiência pública do dia 24 de julho de 2018.

Considerando o teor da decisão do TCU ACÓRDÃO 1188/2018 – PLENÁRIO, determinando que a ANS institua mecanismos de atuação que permita efetiva aferição da fidedignidade e a análise crítica das informações econômico-financeiras comunicadas à autarquia pelas operadoras de planos de saúde, reavaliando sua metodologia para definição do índice máximo de reajuste anual dos planos de saúde individuais/familiares.

Considerando a Ação Civil Pública do IDEC, questionando a metodologia utilizada pela ANS para estabelecer os limites do reajuste dos planos individuais (com base na média dos planos coletivos, com supostos erros em prejuízo dos consumidores).<sup>1</sup>

Considerando que a ANS já se utilizou de outras metodologias para fixação do limite de reajuste dos planos individuais (IPCA em 2001).

Considerando as inúmeras ações individuais impugnando os índices de reajuste coletivos, além de diversas ações coletivas tratando do mesmo tema.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> AÇÃO CIVIL PÚBLICA (65) Nº 5010777-40.2018.4.03.6100 / 22ª Vara Cível Federal de São Paulo.

<sup>2</sup> Processo Nº 0804516-92.2016.4.05.0000 (justiça federal de Alagoas), Processo Nº 0007251-50.2016.4.02.5001 (justiça federal do Espírito Santo), Processo Nº: 0804516-92.2016.4.05.0000 - Agravo de Instrumento (TRF 5ª Região).



**DEFENSORIA PÚBLICA**  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Considerando a necessidade de se estabelecer uma nova metodologia para a apuração dos índices de reajuste dos planos de saúde, sejam individuais, sejam coletivos.

Considerando que a sociedade, consumidores, fornecedores, especialistas, órgãos públicos e demais interessados devam participar do processo democrático e técnico de elaboração da nova metodologia de reajuste de preços.

Considerando os números dos beneficiários e dos reajustes dos planos de saúde coletivos das tabelas abaixo, fornecidas pela própria ANS:

Tabela 3 - Reajuste Médio de Planos Coletivos por Porte de Contrato - RPC

Porte	BASE COMPLETA			
	Beneficiários	Reajuste Médio da faixa	Beneficiários acumulados	Reajuste médio acumulado
0 a 30	4.603.508	17,01	4.603.508	17,01
31 a 50	875.568	16,99	5.479.076	17,00
51 a 100	1.388.600	16,66	6.867.676	16,93
101 a 200	1.682.406	16,41	8.550.082	16,83
201 a 300	1.181.841	16,24	9.731.923	16,76
301 a 400	924.222	16,27	10.656.145	16,72
401 a 500	745.492	16,36	11.401.637	16,69
501 a 600	618.631	14,85	12.020.268	16,60
601 a 700	565.129	15,72	12.585.397	16,56
701 a 800	514.364	16,04	13.099.761	16,54
801 a 900	434.760	15,96	13.534.521	16,52
901 a 1.000	412.355	16,13	13.946.876	16,51
1.001 a 1.000.000	12.772.252	16,67	26.719.128	16,58
	26.719.128			

Fonte: Sistema de Reajuste de Planos Coletivos - RPC  
Período: Março/2016 a Fevereiro/2017



**DEFENSORIA PÚBLICA**  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Considerando que as Tabelas abaixo demonstram comportamentos inversos entre estes dois tipos de plano, uma vez que o reajuste médio acumulado dos contratos empresariais reduz-se com a ampliação do número de vidas do pool considerado e o reajuste médio acumulado dos contratos por adesão aumenta em função do acréscimo de beneficiários no pool, o que contraria a lógica esperada.

Porte	REAJUSTE MÉDIO ACUMULADO		
	Total	Empresarial	Adesão
até 30	17,01	17,04	16,09
até 50	17,00	17,03	16,27
até 100	16,93	16,96	16,45
até 200	16,83	16,84	16,67
até 300	16,76	16,75	16,88
até 400	16,72	16,70	16,88
até 500	16,69	16,68	16,88
até 600	16,60	16,57	16,84
até 700	16,56	16,53	16,86
até 800	16,54	16,50	16,91
até 900	16,52	16,48	16,89
até 1.000	16,51	16,45	17,01
até 1.000.000	16,58	16,34	17,87

Fonte: Sistema de Reajuste de Planos Coletivos - RPC  
Período: Março/2016 a Fevereiro/2017



**DEFENSORIA PÚBLICA**  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Tabela 5 - Reajuste Médio de Planos Coletivos por Adesão por Porte de Contrato - RPC

Vidas	reajuste	% beneficiários	Beneficiários
0 a 30	16,09	3,57%	150811
31 a 50	16,75	1,39%	58855
51 a 100	16,74	2,96%	124915
101 a 200	17,01	5,11%	215957
201 a 300	17,50	4,41%	186249
301 a 400	16,87	3,76%	158713
401 a 500	16,89	3,29%	138864
501 a 600	16,52	3,02%	127368
601 a 700	17,02	2,81%	118488
701 a 800	17,57	2,38%	100409
801 a 900	16,68	2,17%	91779
901 a 1.000	18,81	2,16%	91139
1001 - 1.200	17,03	3,03%	128032
1201 - 1.400	18,55	3,20%	135346
1401 - 1.600	17,80	3,27%	137994
1601 - 1.800	17,38	2,51%	106188
1801 - 2000	16,62	2,43%	102698
2001 - 2500	18,62	4,52%	190731
2501 - 3000	17,62	3,93%	165982
3001 - 4000	15,22	5,34%	225587
4001 - 5000	15,66	4,53%	191400
5001 - 10000	16,19	10,38%	438328
acima 10000	21,69	19,83%	837360
			4223193

Fonte: Sistema de Reajuste de Planos Coletivos - RPC

Período: Março/2016 a Fevereiro/2017



**DEFENSORIA PÚBLICA**  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Tabela 6 - Reajuste Médio de Planos Coletivos Empresariais por Porte de Contrato - RPC

Vidas	reajuste	% beneficiários	Beneficiários
0 a 30	17,04	19,80%	4452199
31 a 50	17,01	3,63%	816373
51 a 100	16,66	5,62%	1262871
101 a 200	16,32	6,52%	1465803
201 a 300	16,01	4,43%	995345
301 a 400	16,15	3,40%	765171
401 a 500	16,24	2,70%	606628
501 a 600	14,42	2,18%	490683
601 a 700	15,37	1,99%	446641
701 a 800	15,67	1,84%	413955
801 a 900	15,77	1,53%	342981
901 a 1.000	15,37	1,43%	321216
1001 - 1.200	15,80	2,74%	615142
1201 - 1.400	16,25	2,03%	457266
1401 - 1.600	15,90	1,67%	376063
1601 - 1.800	14,96	1,43%	320534
1801 - 2000	14,56	1,32%	297087
2001 - 2500	15,45	2,94%	660766
2501 - 3000	15,24	2,43%	546755
3001 - 4000	14,15	3,61%	812672
4001 - 5000	15,23	2,55%	573650
5001 - 10000	15,99	7,28%	1637909
acima 10000	17,51	16,95%	3812436
			22490146

Fonte: Sistema de Reajuste de Planos Coletivos - RPC  
Período: Março/2016 a Fevereiro/2017

Considerando, portanto, que a intervenção relacionada à ampliação do número de beneficiários para fins de agrupamento e aplicação de reajuste único em contratos de planos coletivos por adesão é justificada pelos seguintes motivos:

- a) Com base em dados do sistema RPC e demonstrado na Tabela 6 acima, apenas 3,57% dos beneficiários estão vinculados a contratos que devem ser agrupados obrigatoriamente para fins de reajuste único, nos termos da RN nº 309/2012;



b) A maior concentração de beneficiários e o maior percentual de reajuste médio em planos coletivos por adesão acontece na faixa de contratos com mais de 10.000 vidas, contrariando a ideia de que as pessoas jurídicas contratantes possuem maior poder de barganha em contratos com grande número de vidas.

Considerando a necessidade de discussão acerca da proposta de inclusão de todos os contratos de planos coletivos por adesão no agrupamento para fins de aplicação de reajuste único, fazendo com que a maior parte dos beneficiários recebesse um reajuste menor e isso, por si só, demonstraria o ganho para os beneficiários nestes contratos. Além disso, com a ampliação do agrupamento haveria também maior diluição do risco, resgatando o conceito de mutualismo no setor.

Considerando que no pool de risco proposto acima, a diluição do risco, com a fixação de um limite máximo de reajuste no grupo, não impede a negociação e a fixação de índices menores, não prejudicando, pois, a eficiência do setor.

Considerando que, em relação ao mercado de planos coletivos empresariais, observa-se o comportamento dos reajustes médios segue uma tendência mais coerente, uma vez que se observa a redução contínua dos reajustes médios até o patamar de 1.000 vidas e depois comportamentos oscilantes entre as faixas de contratos entre 1.000 e 10.000 vidas. A única exceção, assim como no mercado de planos por adesão, acontece na faixa de contratos acima de 10.000 vidas, porém com a apresentação de média bem mais próxima das demais - 17,51%, embora seja a maior dentre todas as faixas verificadas.



Considerando a afirmação do corpo técnico da ANS de que, além do comportamento mais estável do reajuste médio, o mercado de planos empresariais apresenta outras características que o diferenciam dos planos por adesão e justificariam a alteração mais branda do número de beneficiários para fins de agrupamento e aplicação de percentual de reajuste único. Citando entre os fatores que o diferenciam: a maior facilidade de controle sobre a elegibilidade dos beneficiários na contratação do plano empresarial (vínculo empregatício), a maior concorrência entre as operadoras por contratos empresariais e a participação financeira da pessoa jurídica contratante, que em muitas situações paga parte ou totalidade das contraprestações pecuniárias de seus empregados ou realiza aportes financeiros como forma de reduzir o reajuste cobrado pelas operadoras.

Considerando que até a presente data, com o POOL DE Até 30 vidas, observa-se o impacto em apenas 4.603.508 beneficiários.

**CONCLUI-SE**, com 5 (cinco) proposições:

**1ª - CRIAÇÃO DOIS GRUPAMENTOS DE POOL DE RISCO, COM O NÚMERO DE VIDAS AUMENTADOS:**

Observa-se que, para os planos coletivos empresariais, hoje, nos termos da RN n. 309/2012, somente possui incidência sobre 4.452.199 beneficiários (até 30 vidas).



Com a proposta presente, sugere-se o estabelecimento de um limite de reajuste para um POOL até 100 vidas, incidindo, portanto, sobre 6.867.676 beneficiários.

Além da proposta acima, também se sugere a criação de outro pool de risco nos planos coletivos empresariais, entre 100 e 500 vidas, beneficiando, neste grupamento, 4.533.961 beneficiários.

Beneficiando um total de 10.364.390 vidas.

No que se refere aos planos coletivos por adesão, propõe que a totalidade dos beneficiários deste tipo de contratação sejam incluídos no pool de risco.

Desta forma, o número de pessoas incluídas no pool subiria de 150.811 beneficiários para 4.223.193 beneficiários.

Em números totais, (plano coletivo empresarial até 500 vidas acrescido de todos os beneficiários de planos coletivos por adesão), representa um efeito imediato sobre 14.587.583 beneficiários.

## **2ª- CRIAÇÃO DE CÂMARA DE MEDIAÇÃO DE REAJUSTE DE PREÇO**

Propõe a possibilidade de se viabilizar o diálogo e solução negociada, em um espaço neutro, que seria na própria agência.

Seria uma opção à empresa/Administradora de Benefícios (mas, obrigatório, caso assim aquelas optem, às operadoras de saúde suplementar).

Visa-se possibilitar a negociação e resolução de conflitos sobre o reajuste de planos de saúde (coletivos, empresas de pequeno e médio porte).

Além de ser necessário a previsão da possibilidade de contratação de assessoria técnica para negociação por pool, por grupo de empresas. De forma a se viabilizar uma maior expertise e igualdade de negociação, com redução de custos.





Também se revela necessário um suporte técnico para questões específicas da regulação, a ser desempenhado por servidores específicos da área, da própria ANS.

### **3 – REGULAMENTAÇÃO DA COPARTICIPAÇÃO ATIVA/POSITIVA**

Descontos/benefícios ao consumidor permitidos a partir da RN 433/2018.

Necessário se faz elencar as medidas que deve adotar para fazer jus ao benefício.

Priorização da saúde, estimulando hábitos saudáveis para as pessoas, em um ambiente que deve equilibrar a vida/saúde com o lucro da atividade empresarial aqui desempenhada.

A construção dos requisitos deve ser feita a partir de debates com a sociedade, com dados científicos, e com indicadores médico-assistenciais.

Necessidade, pois, de regulamentação pela ANS (em especial, para os planos de saúde individual), ou de sua fixação caso a caso, na negociação de reajustes anuais (nos planos de saúde coletivos), a partir de premissas já elencadas pela própria regulamentação.

Deve, por fim, ser vedada a utilização de tais dados para inibir a operadora de plano de saúde de discriminar e/ou prejudicar o consumidor que não adotar tais medidas.

### **4 – IMPLEMENTAÇÃO DE ÍNDICE DE REAJUSTE AUDITÁVEL**

Há a necessidade de elaboração de índice oficial do custo médico (VCMH ou outro...) através de equipe multi-institucional (ex: ANS, Min. Planejamento, Min. Fazenda, IBGE, IPEA etc).



Deve ser previsto a possibilidade de consultoria técnica contratada pela ANS para auxiliar na elaboração do índice (Universidade ou outras entidades com a devida expertise).

O índice deve se basear em elementos claros, transparentes e auditáveis.

Aplicação para o mercado de saúde suplementar individual e para o mercado de saúde suplementar coletivo.

Eventuais diferenças dos elementos dos índices, caso se verifiquem necessários, entre os mercados de saúde suplementar individual e coletivo, devem ser devidamente justificadas no curso de elaboração da metodologia almejada.

Em sendo necessário uma metodologia distinta para os planos coletivos, necessário se faz a estipulação de critérios claros, transparentes e auditáveis, tanto para a ANS e órgãos de defesa do consumidor, quanto para a empresa contratante ou para a Administradora de Benefícios.

## **5 – IMPLEMENTAÇÃO DO MONITORAMENTO DO PREÇO DOS CUSTOS MÉDICOS E DOS PRODUTOS**

Necessidade de a ANS ter ciência do preço de cada produto em vigor no mercado, seja individual, seja coletivo.

O preço inicial informado pela operadora de plano de saúde, com uma margem com variação de 30% para mais ou para menos, que permitem uma variação de até 85,7% nos preços de comercialização efetivamente praticados, não se revela satisfatório para o monitoramento do preço pela agência reguladora. (Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 28/2000, que instituiu a Nota Técnica de Registro de Produto – NTRP, que é o documento que justifica a formação inicial dos preços dos planos de saúde).



**DEFENSORIA PÚBLICA**  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Faz-se necessário uma visão total do mercado de saúde suplementar, a partir da informação completa do consumidor, da operadora e do médico/ prestador, com a ciência dos custos dos procedimentos realizados pelos prestadores e pagos pelas operadoras, devidamente discriminados e informados, em sistema a ser elaborado, para fins de análise dos dados de todo o setor de saúde suplementar pela ANS.

Portanto, deve a operadora de saúde, em atenção ao direito à informação e transparência, previstos no art. 6º, III do Código de Defesa do Consumidor, além dos deveres inerentes à Lei dos Planos de Saúde e da art. 4º, XV, XVII, XVIII e XXI da Lei da ANS n. 9961/2000:

- a) informar à ANS todos os procedimentos requeridos pelo médico para cada paciente;
- b) informar à ANS todos os procedimentos autorizados e realizados para cada paciente;
- c) informar à ANS o valor pago ao prestador por cada procedimento efetivamente realizado.
- d) Informar à ANS o valor atualizado anualmente do plano de saúde pago, por cada beneficiário.

Evolução tecnológica possibilita tal ferramenta.

Trata-se de medida regulatória apta a estabelecer o monitoramento de todo o mercado de saúde suplementar e de viabilizar a análise dos impactos regulatórios impostos pela agência.

Rio de Janeiro, 23 de julho de 2018.



**DEFENSORIA PÚBLICA**  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

  
Guilherme Magalhães Martins

Promotor de Justiça titular da 5ª Promotoria do Consumidor e do Contribuinte  
da Capital – Rio de Janeiro

Professor adjunto de Direito Civil da Faculdade Nacional de Direito – UFRJ

Doutor e Mestre em Direito Civil pela UERJ

  
Eduardo Chow De Martino Tostes

Mestrando da Universidade Federal Fluminense - UFF

Pesquisador do Grupo de Pesquisa Empresa, Direito  
e Sociedade Contemporânea