



---

## Análise da Política de Reajuste para Planos Individuais e Coletivos Implementada pela ANS

### **Horácio L.N. Cata Preta**

Diretor de Projetos e Serviços da Fenaseg, Professor convidado da Fundação Getulio Vargas nos MBAs de Gerência de Saúde e Regulação de Saúde Suplementar – ANS e Consultor independente para gestão de saúde suplementar

[catapreta@fenaseg.org.br](mailto:catapreta@fenaseg.org.br)

### **Resumo**

---

Trabalho preparado para o Fórum de Saúde Suplementar da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, e financiado pelo Convênio UNESCO, no ano de 2003, que se destina a analisar as práticas adotadas pela ANS utilizadas para o reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde – individuais e coletivos, a partir de 2000, e um breve retrospecto da política de controle dos reajustes das mensalidades dos planos privados de assistência à saúde, aplicada pelo Governo Federal a partir de março de 1991.

### **Abstract**

---

#### **An analysis of the readjustment policy for individual and group insurance policies implemented by ANS**

Horacio L.N. Cata Preta, Project and Services Director of Fenaseg; Guest Professor at Fundação Getulio Vargas for the MBA Programmes of Health Management and Supplementary Health Regulation – ANS and Independent Consultant in Supplementary Health Management

[catapreta@fenaseg.org.br](mailto:catapreta@fenaseg.org.br)

This paper was commissioned by the Supplementary Health Care Forum held by ANS – National Supplementary Health Agency - and financed by the UNESCO Covenant in the year of 2003, and aims to assess the ANS practices regarding the monetary readjustment of monthly contributions to private health insurance policies – both individual and group policies – as of 2000. It also provides an overview of the Federal Government control policies for monetary readjustment of monthly contributions to private healthcare insurance policies.

### **Palavras-Chave**

---

saúde suplementar; planos e seguros de saúde; controle de preços; regulamentação; reajustes.

### **Sumário**

---

1. Introdução; 2. Política econômica no Governo Collor – controle de preços – programas de modernização empresarial, qualidade, produtividade, competitividade e capacitação tecnológica; 3.



---

O controle de preços do setor e os primeiros reajustes autorizados – 1991; 4. A primeira fórmula para reajuste de preços de planos e seguros de saúde – 1991; 5. O retorno da inflação, a disparada dos custos operacionais e a busca do melhor indexador para os preços; 6. A liberação dos preços – 1991; 7. A evolução da fórmula de reajuste dos preços dos planos e seguros de saúde e o início de um período conturbado – 1991-1994; 8. A nova versão da fórmula de reajuste de preços introduzida por algumas operadoras e seguradoras – 1991-1994; 9. Reajustes praticados pelas operadoras e seguradoras no período de 1/julho/1991 a 1/junho/1994 (média apurada); 10. Reajustes autorizados pela SUSEP no período de 1/julho/1994 a 1/julho/1999 (média apurada); 11. A regulamentação dos reajustes pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar; 12. Dificuldades encontradas para a análise da adequabilidade dos percentuais aprovados para o reajuste das mensalidades; 13. Evolução da sinistralidade das seguradoras de saúde – 1995-2002; 14. Proposta de metodologia para cálculo dos reajustes de planos e seguros de saúde; 15. Conclusão e recomendações; 16. Referências bibliográficas.

## 1. Introdução

Para se analisar as práticas adotadas pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, utilizadas para o reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde – individuais e coletivos, a partir de 2000, ano da sua criação, torna-se necessário um breve retrospecto da política de controle dos reajustes das mensalidades dos planos privados de assistência à saúde, aplicada pelo Governo Federal a partir de março de 1991, inicialmente pelo Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento – MEFP e, posteriormente, pelos Ministérios da Fazenda e da Saúde, através dos respectivos órgãos vinculados: Secretaria de Política Econômica, SUSEP – Superintendência de Seguros Privados e ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

É importante ressaltar que até março de 1991, os reajustes das mensalidades dos planos individuais e coletivos de saúde eram realizados conforme previsto nos contratos individuais e coletivos e não há registro de situações de intervenção do Estado nessa área.

A prática de controle de preços no setor de planos e seguros de saúde iniciou-se com a Lei nº 8.178, de 1º de março de 1991, art. 1º que estabeleceu:

“Os preços de bens e serviços efetivamente praticados em 30 de janeiro de 1991 somente poderão ser majorados mediante prévia e expressa autorização do Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento.”

O art. 2º da Lei nº 8.178 determinou que:

“O disposto no art. 1º desta lei aplica-se, também, aos contratos cujo objeto seja:

- I – a venda de bens para entrega futura;
- II – a prestação de serviços contínuos ou futuros;
- III – a realização de obras.”

Os planos e seguros de saúde foram enquadrados no inciso II do art. 2º, acima citado.

A referida Lei nº 8.178 estabeleceu ainda, no art. 3º, que:

“O Ministro da Economia, Fazenda e Planejamento poderá:

- I – autorizar reajuste extraordinário para corrigir desequilíbrio de preços relativos existentes na data referida no art. 1º desta lei;
- II – suspender ou rever, total ou parcialmente, por prazo certo ou sob condição, a vedação de reajustes de preços que aludem os artigos anteriores;
- III – baixar, em caráter especial, normas relativas à renegociação dos contratos de que trata o art. 4º, visando preservar seu equilíbrio econômico-financeiro.”

Verifica-se, pois, pela análise das disposições acima citadas que a preocupação do Governo Federal, na ocasião, era realizar uma transição controlada do regime de preços congelados, imposta

através do Plano Collor em fevereiro de 1990, para um regime de preços que evoluiria de controlados para monitorados e destes para liberados. Aliás, a Portaria nº 463, de 6 de junho de 1991, estabelece claramente esta política de preços.

É importante registrar que a Secretaria de Direito Econômico, do Ministério da Justiça, também esteve presente, em determinado período, no processo de controle dos preços dos planos individuais, invocando o Código de Defesa do Consumidor para a proteção dos direitos dos usuários de planos e seguros de saúde.

## **2. Política econômica no Governo Collor – controle de preços – programas de modernização empresarial, qualidade, produtividade, competitividade e capacitação tecnológica**

O Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento, através da Portaria nº 463, de 6 de junho de 1991, estabeleceu a política de preços para os produtos e serviços e criou as seguintes categorias de preços:

- Preços controlados;
- Preços tabelados;
- Preços monitorados;
- Preços sujeitos à limitação da margem de comercialização;
- Preços liberados.

As empresas produtoras de bens ou de serviços deveriam protocolar no DAP – Departamento de Abastecimento e Preços, órgão da Secretaria Nacional de Economia, as listas dos preços de seus produtos ou serviços, acompanhadas de proposta com a justificativa dos novos preços para os próximos 90 dias.

A política de preços contemplava, também, a utilização de Câmaras Setoriais, nas quais seriam debatidos os reajustes de preços de cada setor e, como consequência, poderiam ser elaboradas Cartas-Compromisso para os setores e empresas participantes, objetivando a modernização empresarial, melhoria de qualidade e da produtividade, assim como da competitividade e capacitação tecnológica. Era o início da inserção do País na economia globalizada.

As Cartas-Compromisso seriam enviadas pelas entidades representativas de cada setor ou diretamente pelas empresas à Secretaria Nacional de Economia e deveriam estabelecer cláusulas específicas para os seguintes pontos:

- criação de subcomitês setoriais para tratar do desenvolvimento do Programa Brasileiro de Qualidade e da Produtividade, do Programa de Competitividade Industrial e do Programa de Capacitação Tecnológica;
- Termos de Referência com análises estratégicas e a previsão de implantação de projetos que se enquadrassem nos Programas acima referidos;
- desenvolvimento e implantação de indicadores setoriais de qualidade, produtividade, competitividade e capacitação tecnológica; definição de prazos para a conclusão das etapas programadas e de vigência das Cartas -Compromisso;

- critérios de avaliação de desempenho, na execução
- condições para a revisão, a renovação, a suspensão e a rescisão das Cartas.

Percebe-se, pelas normas da política de controle de preços implantada e pela estrutura das Cartas-Compromisso, que o Governo Federal queria aproveitar a situação da conjuntura econômica para estabelecer um pacto de modernização, incremento de qualidade, aumento de produtividade, de competitividade e de capacitação tecnológica com os diversos setores da economia, dando em reciprocidade uma progressiva liberação dos preços, até que cada setor estivesse em condições de plena competição e sujeito às regras gerais de economia de mercado. Um dos objetivos a serem alcançados era a transformação e a modernização dos setores importantes da economia, especialmente aqueles que possibilitassem a geração de empregos para absorção da mão-de-obra nova, representada pelo crescimento demográfico e o desenvolvimento de postos de trabalho de nível qualificado, que permitissem a sustentação do novo *status* tecnológico. Dois objetivos principais dessa política seriam o incremento das exportações e a atração de investimentos externos para o País. Na época nada se alcançou, em virtude da situação política em que o Presidente da República estava envolvido, mas foram plantadas algumas sementes importantes, que se desenvolveram, apesar de não ter sido atingida a meta básica de criação de novas oportunidades de emprego.

Esta política, todavia, não chegou sequer a ser proposta ao setor de planos e seguros de saúde ou ao dos prestadores de serviços médicos e hospitalares – hospitais, clínicas, laboratórios, médicos e dentistas, embora negociações com a indústria farmacêutica tivessem sido iniciadas, ficando inconclusas, pelas dificuldades resultantes do processo de *impeachment* do Presidente da República, que praticamente paralisou o País até a sua aprovação, pelo Congresso Nacional, em 29/09/1992.

### **3. O controle de preços do setor e os primeiros reajustes autorizados – 1991**

Já no início de 1991 as solicitações para que o Governo Federal autorizasse os reajustes e liberasse os preços eram grandes, seja por parte das operadoras e seguradoras de saúde, seja por parte dos prestadores de serviços.

A Portaria nº 474, de 11 de junho de 1991, após um longo período de negociações, estabeleceu os primeiros reajustes para preços dos prestadores de serviços médicos e hospitalares e também para as mensalidades dos planos e seguros de saúde, sendo concedidos reajustes de:

- a) 30% para os atos e procedimentos médicos, constantes da lista de referência da Associação Médica Brasileira – AMB;
- b) 30% para os preços de diárias e taxas hospitalares;

- c) 16,5%, a partir de 1º de junho de 1991, sobre os preços praticados pelas operadoras de planos de saúde e pelas seguradoras;
- d) 7,3%, a partir de 1º de julho de 1991, para as seguradoras e operadoras, calculados conforme o disposto na Circular SUSEP nº 6, de 26.02.1991.

A Portaria nº 474 incumbiu o DAP – Departamento de Abastecimento e Preços de analisar os demonstrativos de índices setoriais de custos, a serem apresentados pelas entidades nacionais representativas das empresas operadoras de planos e seguros de saúde, e que deveriam identificar os agentes formadores dos referidos custos, os critérios de apuração e a metodologia de cálculo, que, depois de aprovados pelo MEFP, passariam a ser considerados para a correção dos preços dos contratos do setor.

Esse modelo de controle de preços, cujo objetivo principal era evitar a disparada dos índices inflacionários, buscou inspiração na experiência desenvolvida anteriormente pelo Governo Federal através da CIP – Comissão Interministerial de Preços e que tinha como principal missão monitorar os preços básicos da economia, evitando o repasse indiscriminado de custos decorrentes de ineficiências operacionais e administrativas para os compradores, fossem eles consumidores finais ou outras empresas que fizessem parte de cadeias produtivas.

O DAP – Departamento de Abastecimento e Preços após receber das entidades representativas das operadoras de planos de saúde e das seguradoras (ABRAMGE, UNIMED, CIEFAS, ABRASPE e FENASEG) as planilhas de custos operacionais, elaborou uma proposta de fórmula de reajuste, que foi discutida com cada segmento, daí resultando a edição da Portaria nº 110, cujo objetivo era preparar a saída do Governo Federal do controle dos preços, em médio prazo.

#### **4. A primeira fórmula para reajuste de preços de planos e seguros de saúde – 1991**

Em 1º de agosto de 1991 o Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento publicou a Portaria nº 110, da SECEX – Secretaria Executiva, que submetia as operadoras de planos de saúde e as seguradoras que operavam com seguro de saúde ao regime de preços monitorados e estabeleceu as regras para o reajustamento das mensalidades dos contratos firmados com pessoas físicas e jurídicas.

A referida Portaria nº 110 determinava a utilização de uma fórmula que considerava os fatores abaixo discriminados, apurados dentro de um período de doze meses anteriores à data-base do reajuste, para o cálculo do reajuste das mensalidades dos planos:

- a) variação dos preços dos honorários de procedimentos médicos relacionados na Tabela da Associação Médica Brasileira – AMB, relacionados com as consultas em geral, cirurgias, exames clínicos e laboratoriais e outros;
- b) variação dos preços das diárias e taxas de serviços hospitalares, apurada por amostragem entre os hospitais credenciados pela operadora;

- c) índice de reajuste dos preços de materiais de uso hospitalar e ambulatorial, medicamentos e gases medicinais, apurada em função da variação do IGP-DI da FGV no período sob avaliação;
- d) variação dos salários de empregados em função de acordos, convenções, dissídios ou da política salarial oficial;
- e) índice de reajuste das despesas gerais de administração em função da variação do IGP-DI da FGV.

As variações apuradas em cada um dos fatores componentes do custo com assistência médica e hospitalar, salários e despesas gerais de administração deveriam ser ponderadas, mediante a utilização de pesos para cada item, que seriam obtidos mediante análise da representatividade de cada um no custo operacional da empresa.

Os pesos relativos iniciais e que constam das fórmulas foram obtidos a partir de informações fornecidas ao DAP e SUSEP, por diversas operadoras e seguradoras, segundo o comportamento dos custos das suas carteiras.

A fórmula adotada para as operadoras de planos de saúde era a seguinte (art. 3º da Portaria 110):

$$Is = (\text{Ref. Méd.} \times 0,501) + (S \times 0,149) + (DT \times 0,122) + (MM \times 0,080) + (DG \times 0,148)$$

Para as seguradoras a fórmula era a seguinte (art. 4º da Portaria 110):

$$Is = (\text{Ref. Méd.} \times 0,38) + (DT \times 0,15) + (MM \times 0,17) + (S \times 0,10) + (DGA \times 0,20)$$

onde:

**Is** – índice de reajuste da mensalidade em função do índice setorial de custo;

**Ref. Méd.** – variações de preços incorridas na lista de referência de procedimentos médicos;

**S** – variações observadas nos salários pagos pela empresa, comprovadas através de acordos, convenções ou dissídios coletivos entre os sindicatos de classe ou resultantes de política salarial oficial;

**DT** – variações de preços de diárias e taxas hospitalares pagos pela empresa, comprovadas por amostragem de preços;

**MM** – variações de preços de materiais, medicamentos e gases medicinais vinculados à variação do IGP-DI da FGV;

**DG** – variações de preços das despesas gerais de administração vinculados ao IGP-DI da FGV.

As fórmulas acima descritas eram provisórias, com validade máxima de 60 dias, pois cada operadora ou seguradora deveria protocolar no DAP – Departamento de Abastecimento e Preços, a respectiva

estrutura de custos, a partir da qual passaria a reajustar os preços das mensalidades.

O art. 5º da Portaria 110 proibia, por um prazo de 90 dias, a partir da sua publicação, a incorporação dos índices de sinistralidade para os planos individuais, admitindo, todavia, a sua inclusão no reajuste das contribuições ou prêmios dos contratos coletivos.

O primeiro reajuste concedido pelo DAP foi, em média, de 17,5%, retroativo a 1º de agosto de 1991, sendo que algumas operadoras de planos de saúde obtiveram percentuais maiores em virtude de suas características próprias.

## **5. O retorno da inflação, a disparada dos custos operacionais e a busca do melhor indexador para os preços**

No 3º trimestre de 1991 a inflação havia retornado com intensidade. O Governo tinha enorme dificuldade em manter os preços de produtos e serviços sob algum controle, situação que, aliada à ausência de legislação específica para as operadoras de planos de saúde, fez com que o MEFP – Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento, através do DAP – Departamento de Abastecimento e Preços, fizesse advertências seguidas às operadoras e seguradoras, aventando a hipótese de utilizar leis anteriores à Constituição de 1988, algumas draconianas, mas cuja legalidade era questionável e de pouca eficácia, como, por exemplo, a Lei Delegada nº 4, de 26/09/1962 que dispunha sobre a intervenção no domínio econômico para assegurar a livre distribuição de produtos e serviços necessários ao consumo do povo.

A indexação dos contratos havia retornado e as empresas buscavam índices adequados para corrigir seus preços, visando protegê-los da corrosão inflacionária. A dificuldade era identificar qual o melhor índice, aquele que refletisse a inflação real da sua atividade econômica.

As operadoras e seguradoras trabalhavam com um sistema de projeção da inflação sobre os custos, ajustando-a no mês seguinte. Esse sistema funcionou até junho de 1994.

Nos caso das operadoras de planos e seguros de saúde, buscou-se um índice que captasse as informações precisas dos aumentos ocorridos nos preços dos seguintes itens componentes dos seus custos:

- a) consultas médicas;
- b) procedimentos médicos em geral;
- c) honorários de cirurgiões e anestesistas;
- d) diárias e taxas hospitalares – leitos comuns, de alta complexidade e UTI;
- e) medicamentos utilizados em ambulatórios e nas internações clínicas e cirúrgicas e gases medicinais;
- f) exames laboratoriais;
- g) exames de imagem (ultra-sonografia, raios-x, tomografia e ressonância magnética, entre outros);
- h) tratamentos de longa duração e alta complexidade (quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, fisioterapia e outros);





- i) salários de empregados;
- j) tributos incidentes sobre as operações;
- k) despesas gerais de administração (informática, manutenção, publicidade, despesas financeiras, localização e funcionamento e outras).

Apesar o interesse de diversas operadoras em contratarem instituições de pesquisa para desenvolver um projeto para a criação desse índice especial, chamado de IGP Setorial Saúde, como a FGV – Fundação Getulio Vargas e a FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da USP, não houve acordo nesse sentido e a idéia não foi adiante, em virtude do setor ser composto por operadoras de diferentes segmentos, com visões diferentes da atividade econômica. Aliás, essa é uma característica marcante entre os diversos segmentos que compõem o setor de saúde suplementar.

Em 1995 esse projeto seria retomado pela FENASEG, mas frente às dificuldades encontradas e o seu alto custo, mais uma vez foi abandonado.

## **6. A liberação dos preços – 1991**

A Portaria SECEX-MEFP nº 221, de 25 de setembro de 1991, liberou os preços dos seguros de saúde a partir do mês de 1º de outubro de 1991 e os dos planos de saúde a partir de 1º de novembro de 1991.

Apesar da liberação dos preços, as operadoras e seguradoras de grande porte, continuaram a utilizar a chamada “fórmula DAP”, por ser um instrumento prático e eficaz para a apuração dos índices de reajuste e que permitia transparência no relacionamento com os clientes e órgãos de defesa do consumidor, sendo extremamente útil para informações às autoridades fiscalizadoras, quando necessário.

A fórmula tinha a capacidade de informar com relativa objetividade a origem e os percentuais de custos que afetavam o reajuste das mensalidades.

Os altos índices de inflação provocaram o retorno da prática de reajustes mensais a partir de agosto de 1991.

A grande maioria das operadoras passou a utilizar o índice indicativo da inflação que melhor refletisse o impacto nos seus custos operacionais. O IGP-DI foi adotado por muitas operadoras.

Nessa época o objetivo principal das operadoras e seguradoras era manter-se à frente das perdas provocadas pelo processo inflacionário e obter o máximo de ganhos financeiros com os recursos disponíveis em caixa ou bancos.

## 7. A evolução da fórmula de reajuste dos preços dos planos e seguros de saúde e o início de um período conturbado 1991-1994

A utilização da chamada “fórmula DAP” foi sendo aperfeiçoada por algumas seguradoras e operadoras de planos de saúde, que passaram a considerar no cálculo do reajuste os novos impostos, taxas e contribuições sociais incidentes sobre suas operações e, também, o excesso de sinistralidade do plano ou carteira em função do limite máximo estabelecido na nota técnica atuarial, de até 75% das receitas com contribuições ou prêmios ganhos.

A introdução do fator sinistralidade foi motivada pelo aumento significativo da utilização dos serviços de assistência médica por parte dos usuários dos planos e seguros de saúde.

Percebe-se, simultaneamente, a partir de 1991 as primeiras manifestações de insatisfação dos clientes de planos individuais contra as operadoras e o sistema de reajuste dos planos e seguros de saúde, que se limitava a repassar mensalmente para os consumidores os aumentos ocorridos nos custos operacionais. Pode-se dizer que foi o embrião do problema. Era comum ouvir a frase: “já que estou pagando, vou usar tudo o que puder e o mais caro”, era a “utilização vingativa” que estava se instalando como um micróbio insidioso, onerando o processo de assistência médica com o aumento de frequência de utilização.

Nesse período (1991-1994) os órgãos de defesa do consumidor, Procons e entidades privadas, que surgiram após a criação do Código de Defesa do Consumidor em 1990, estavam em busca de novas áreas de atuação e encontraram nos planos e seguros de saúde um terreno fértil para desenvolverem suas ações de defesa do consumidor.

## 8. A nova versão da fórmula de reajuste de preços introduzida por algumas operadoras e seguradoras – 1991-1994

Dentro de um processo natural de aprendizado e aperfeiçoamento do processo, foi desenvolvida nova versão da fórmula de reajuste das mensalidades, que cuidou de separar os custos com honorários médicos – consultas dos honorários médicos – outros procedimentos, pois isso dava maior visibilidade e controle operacional nas negociações do valor do CH – Coeficiente de Honorários, item referencial da Tabela de Procedimentos Médicos da Associação Médica Brasileira – AMB. Em outras palavras, possibilitava negociar o valor do CH por tipo de serviço prestado: consultas e outros procedimentos relacionados na lista da AMB.

Também foram incorporados os custos decorrentes de novos tributos criados e o percentual que excedesse do limite atuarial de sinistralidade.

A nova fórmula geral apresentava a seguinte estrutura:

$(IVC + IES) = IRM$   
onde:

**IVC** – Índice de Variação dos Custos Médico-Hospitalares  
**IES** – Índice de Excesso de Sinistralidade

---

**IRM** – Índice de Reajuste da Mensalidade

A apuração dos índices IVC e IES era feita utilizando-se as seguintes fórmulas:

a) Índice de Variação dos Custos Médicos e Hospitalares – IVC:

$$(HMC \times \text{peso}) + (HMO \times \text{peso}) + (DT \times \text{peso}) + (MMG \times \text{peso}) + \\ (SAL \times \text{peso}) + \\ (DGA \times \text{peso}) + (EXT) = IRM$$

onde:

**HMC** – variação nos preços dos honorários médicos – consultas;

**HMO** – variação nos preços dos honorários médicos – outros procedimentos;

**DT** – variação nos preços das diárias e taxas hospitalares;

**MMG** – variação nos preços dos medicamentos, materiais hospitalares e gases medicinais;

**SAL** – variação nos salários dos empregados em função de acordos, convenções, dissídios e política salarial oficial;

**DGA** – índice de reajuste das despesas gerais de administração em função do IGP-DI da FGV;

**EXT** – impacto de novos impostos e contribuições sociais incidentes sobre as operações da operadora / seguradora.

b) Índice de Excesso de Sinistralidade – IES:

$$IES = [ (SI / MR) : 0,75 ] - 1 \times 100$$

onde:

**SI** – Total de sinistros incorridos (SI) no período decorrido (12 meses);

**MR** – Total de mensalidades recebidas no mesmo período;

0,75 – Percentual máximo de sinistros previsto pela nota técnica atuarial para o plano.

Com base nessa metodologia, diversas operadoras de planos de saúde e seguradoras de saúde conduziram os reajustes no período de 1/01/1992 até 1/06/1994, último mês da série de reajustes mensais do período de altos índices de inflação, sendo que a partir de julho de 1994, com a instituição do Plano Real, os reajustes passaram a ser anuais.

A série de reajustes praticados é demonstrada nos itens seguintes.



**9. Reajustes praticados pelas operadoras e seguradoras no período de 1/julho/1991 a 1/junho/1994 (média apurada)**

MÊS/ANO	PLANO DE SAÚDE - %	SEGURO DE SAÚDE - %	IGP-DI
JUL/1991	7,3	7,3	12,83
AGO	17,52	17,57	15,49
SET	13,87	14,47	16,19
OUT	24,13	26,15	25,85
NOV	26,30	24,16	25,76
DEZ	33,87	33,45	22,14
JAN/1992	37,79	38,37	26,84
FEV	28,04	26,25	24,79
MAR	28,54	28,98	20,70
ABR	25,18	25,48	18,54
MAI	21,56	21,84	22,45
JUN	20,42	20,42	21,42
Δ período	1.152,31	1.152,09	885,48
JUL/1992	23,87	24,10	21,69
AGO	25,42	25,65	25,54
SET	24,31	24,69	27,37
OUT	27,99	27,11	24,94
NOV	29,28	29,28	24,22
DEZ	25,20	25,20	23,70
JAN/1993	23,59	23,48	28,73
FEV	23,91	23,60	26,51
MAR	29,16	29,51	27,81
ABR	27,94	27,52	28,21
MAI	29,74	29,74	32,37
JUN	29,92	29,92	30,72
Δ período	1.606,57	1.599,53	1.623,70
JUL/1993	32,38	32,99	31,96
AGO	31,41	31,70	33,53
SET	34,85	34,79	36,99
OUT	39,89	39,89	35,14
NOV	37,34	37,34	36,96
DEZ	37,75	37,75	36,22
JAN/1994	39,91	39,91	42,19
FEV	42,12	42,12	42,41
MAR	44,20	44,20	44,83
ABR	44,20	44,20	42,46
MAI	48,90	48,90	40,95
JUN	58,90	58,90	46,58
Δ período	5.973,38	6.011,66	5.153,27

Fonte: Operadoras e Seguradoras

**10. Reajustes autorizados pela SUSEP no período de 1/julho/1994 a 1/julho/1999 (média apurada)**

Com a introdução da nova moeda, o Real e a inflação sob controle, as operadoras de planos e seguros de saúde foram obrigadas a desenvolver novos e mais sofisticados sistemas de controle de custos operacionais e administrativos.

O encerramento do ciclo de hiperinflação reduziu os ganhos financeiros das operadoras e seguradoras, que precisariam ser repostos, ainda que parcialmente, por lucros operacionais. As contribuições ou prêmios recebidos, menos as despesas com assistência médica e hospitalar, despesas de comercialização e despesas administrativas, deveriam gerar uma margem positiva que permitisse a manutenção do capital de giro próprio, a distribuição de dividendos ou lucros e a realização de investimentos no negócio.

A Lei nº 8.880, de 27/05/1994, que dispôs sobre o Programa de Estabilização Econômica e o Sistema Monetário Nacional, instituiu a URV – Unidade Real de Valor e determinou vários ajustes nos contratos públicos e privados, dando início à implantação da nova moeda no País, o Real, o que ocorreria em 1º de julho de 1994.

O CNSP – Conselho Nacional de Seguros Privados editou a Resolução CNSP nº 006, em 22/06/1994, dispondo sobre os ajustes nos contratos de seguros em geral e estabelecendo importante regra específica para os seguros de saúde, no parágrafo 2º do art. 3º, que tinha a seguinte disposição:

“A Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, ouvida a Secretaria de Política Econômica – SPE do Ministério da Fazenda, fica autorizada a adotar, com base na análise das planilhas de custos referentes aos planos de seguro-saúde, referentes ao período de 01 de novembro de 1993 a 30 de junho de 1994 e da estrutura técnica dos planos de seguros -saúde, providências que adequem os valores relativos a esses contratos, no sentido da preservação do seu equilíbrio técnico-atuarial e econômico-financeiro.” (grifos do autor).

Essa norma estabelecida pelo CNSP resume de forma clara e objetiva os poderes concedidos à SUSEP e à SPE para o controle do processo de reajuste de preços, sem, contudo, engessá-lo num sistema burocrático. A expressão “providências que adequem os valores relativos a esses contratos, no sentido de preservação do seu equilíbrio técnico-atuarial e econômico-financeiro” deixa a autoridade com a incumbência de preservar a continuidade dos contratos e da respectiva atividade econômica.

Em seqüência a SUSEP emitiu a Circular nº 9, de 13/06/1994, que dispôs sobre a matéria tratada na Resolução CNSP nº 006, de 22/06/1994, determinando que as seguradoras deveriam apresentar demonstrações de custos, auditadas por empresa de auditoria independente.

Os reajustes passaram a ser previamente autorizados pela SUSEP, porém sob a supervisão da Secretaria de Política Econômica – SPE do Ministério da Fazenda, o que, de certa forma, fez retornar o antigo modelo DAP, porém com o viés de controle dos produtos e

serviços que pudessem influir nos índices oficiais de controle da inflação – INPC e IPCA.

Foi, também, fixada em 1º de julho a data-base para os reajustes dos contratos de planos individuais de seguros de saúde.

O primeiro reajuste autorizado pela SUSEP e que teve efetividade a partir de 1º de julho de 1995, foi exaustivamente negociado e finalmente liberado, após o envio de diversas planilhas de custos e relatórios de auditoria.

Este cenário praticamente não se alterou ao longo dos anos seguintes, até que a responsabilidade pela autorização do reajuste passou para a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

No período de 01/07/1995 a 01/09/1999, em que a responsabilidade pela autorização esteve com a SUSEP, os seguintes reajustes foram autorizados:

SUSEP	Plano de Saúde Conversão dos preços em 30/06/94 por CR\$ 2.750	Seguro de Saúde Conversão dos preços em 30/06/94 por CR\$ 2.750	IGP-DI
JUL/1994 a JUN/1995			52,17
JUL/1995 a JUN/1996	35,97	31,83	11,14
JUL/1996 a JUN/1997	31,26	24,91	7,59
JUL/1997 a JUN/1998	10,13	12,28	4,08
JUL/1998 a JUN/1999	5,37	6,08	8,71
JUL/1999 a JUN/2000	9,09	9,50	14,09
Δperíodo	125,93	114,76	134,88

Fonte: Seguradoras e Operadoras

No período acima alguns reajustes para operadoras de planos de saúde foram autorizados com datas -base iniciando em 1º de maio e 1º de junho, conforme a quantidade de contratos com vencimentos nessas datas.

## 11. A regulamentação dos reajustes pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

A ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar mudou a metodologia da SUSEP para a concessão de reajustes dos planos individuais, introduziu diversos formulários que as operadoras de planos e seguros de saúde deveriam preencher e enviar, além de várias normas específicas para a obtenção da necessária autorização de reajuste.

O primeiro reajuste autorizado, em 2000, foi calculado considerando 25% do IPCA – Brasil e 75% do IPCA – SP – Saúde, excluído o item de Cuidados Pessoais e acrescido de um percentual do impacto do

---

COFINS e alguns resíduos, totalizando 5,42%, que foi o índice único autorizado para todas as operadoras e seguradoras.

Na prática a autorização de reajuste não tem levado em conta as planilhas de custos operacionais de cada operadora.

A partir de 2001 as Resoluções da ANS relacionadas com reajustes passam a ser editadas com a indicação explícita do índice que será aplicado. Essa nova metodologia subverte a lógica da autorização baseada em planilhas de custos, que, todavia, continuam sendo exigidas, para se transformar em imposição de reajuste. Mesmo que a necessidade de reajuste de uma determinada operadora ou seguradora seja maior do que o percentual estipulado pela ANS, não há, nas Resoluções específicas, um tipo de mecanismo de opção para se obtê-lo. A alternativa da Revisão Técnica prevista na Resolução RDC nº 27, de 26/06/2000, recentemente alterada, não possibilita um mecanismo rápido e eficiente para a solução da questão.

Para a apuração do índice de reajuste, explicitado anualmente da Resolução que trata do reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos individuais e dos coletivos sem patrocínio, a ANS tem adotado, desde 2001, o critério de calcular a média dos reajustes aplicados pelas operadoras nos planos coletivos e informados à Agência.

Os usuários de planos individuais representam cerca de 30% do universo de beneficiários cadastrados na ANS.

As seguintes Resoluções da ANS tratam de reajustes das mensalidades:

- RDC nº 29, de 28/06/2000
- RDC nº 46, de 28/12/2000
- RDC nº 66, de 03/05/2001
- RN nº 08, de 24/05/2002
- IN/DIPRO nº 03, de 07/06/2002
- IN/DIPRO nº 05, de 19/08/2002
- RN nº 36, de 17/04/2003

Apesar de fixadas as regras, a Agência, desde o primeiro ano, não considerou nenhuma solicitação de reajuste apresentada pelas operadoras, preferindo adotar, em cada ano, uma técnica de calcular o reajuste ora considerando a média de uma cesta de índices de inflação geral de preços (1º ano), ora em função da média dos reajustes concedidos nos contratos coletivos.

Ambos os critérios não consideram os custos incorridos pela carteira de planos individuais que, além de ter características próprias, deveria ser objeto de análise específica.

Por outro lado, a metodologia usada pela ANS para a determinação do índice de reajuste não encontra apoio em um programa ou objetivo que se queira atingir, a não ser o de se conformar ao plano

---

geral de controle de metas da inflação, administrado pelo Banco Central do Brasil.

O impacto do reajuste no INPC e no IPCA, por mais significativo que seja, dificilmente produzirá um efeito catastrófico, pois há que se ponderar que o reajuste atingiria somente 30% dos contratos, os individuais e os coletivos sem patrocínio.

A não concessão de reajustes em função dos custos operacionais de cada operadora promove a descapitalização do setor, pois se a sinistralidade estiver acima de 75%, certamente a operadora deverá estar sofrendo prejuízo operacional e não podendo recuperar a perda verificada no exercício, certamente estará a caminho da insolvência.

A opção pelo abandono das planilhas de custos operacionais efetivos pode vir a causar uma perda importante no processo de melhoria dos controles das operadoras que foi iniciado em 1991, reestruturado nos anos 1993 e 1994 e consolidado nos anos 1995-1999.

O aperfeiçoamento da metodologia das planilhas de custos operacionais deveria ser perseguido dentro de um programa de metas que considerasse aspectos relacionados com a qualidade dos serviços, produtividade e competitividade.

Dentro da lógica de regulação econômica de mercado, onde se busca o equilíbrio das forças, a imposição de um índice único é um absoluto retrocesso, produzindo efeito inverso. As operadoras buscarão a preservação de seu patrimônio, parcela de mercado e de lucratividade, através de restrições múltiplas: a) nos atendimentos aos usuários; b) nos reajustes dos prestadores de serviços; c) no corte de pessoal administrativo e d) na interrupção da venda de planos sobre os quais não tem poder de gerenciamento.

A metodologia adotada é conveniente para a ANS, pois evita o exame de milhares de planilhas de custos e de suas características, porém tal fato poderia ser minimizado se os reajustes fossem diluídos ao longo dos meses e não concentrados em apenas três: maio, junho e julho.

As chamadas datas -base só existem porque os Planos Econômicos que assolaram o País nas últimas décadas, por alguma razão que ainda será objeto de análise e estudo, sempre eram anunciados no início ou no meio do ano. Assim foi com o Plano Collor II, cuja Lei nº 8.178, publicada em 1/03/1991, sua regulamentação somente foi efetivada em junho, o mesmo se dando com o Plano de Estabilização Econômica – Plano Real, que também começou em março de 1994, com a introdução da URV, mas que só tornou-se realmente efetivo em 1º de julho de 1994.

Os reajustes autorizados pela ANS a partir de 1º de julho de 2000 são os seguintes:



ANS	Reajuste autorizado - %	Reajuste médio solicitado - %	Diferença
JUL/2000 a JUN/2001	5,42	10	4,58
JUL/2001 a JUN/2002	8,71	11	2,29
JUL/2002 a JUN/2003	7,69 ou 9,39*	12	3,31
JUL/2003 a JUN/2004	9,27	15	5,73
Δ período	34,85	57,26	16,85

Fonte: ANS e Operadoras

\*Reajuste concedido às operadoras que concedessem aumento de 20% nos honorários médicos de consultas.

## 12. Dificuldades encontradas para a análise da adequabilidade dos percentuais aprovados para o reajuste das mensalidades

Pouquíssimas operadoras de planos privados de saúde publicavam suas demonstrações contábeis e as que o faziam não obedeciam a nenhuma padronização.

Somente a partir de 2003, com base nos balanços levantados em 31/12/2002, a ANS passou a dispor de uma massa crítica de informações contábeis para efetuar análises e avaliações do setor.

O único grupo que sempre publicou os balanços é constituído pelas seguradoras, porém, as informações contábeis relacionadas às operações de seguro saúde estavam mescladas com as de outras carteiras de seguros (automóvel, vida, incêndio, transportes etc.) Dessa forma, os levantamentos contábeis sobre as operações de planos e seguros de saúde são limitados, sempre dependentes de informações parciais.

Não foi possível, por exemplo, levantar informações contábeis sobre aspectos patrimoniais das seguradoras, especificamente para as operações de saúde, onde fossem demonstradas as provisões técnicas, as aplicações financeiras, o capital social e reservas de capital e outras necessárias à avaliação da liquidez e rentabilidade do segmento.

Foram obtidas informações da SUSEP (FIP – Formulários de Informações Periódicas e Balanços) e da ANS (Boletim Estatístico) relacionadas com prêmios ganhos e sinistros contabilizados e algumas outras relacionadas com despesas administrativas e de comercialização.

Em função dessa dificuldade, o levantamento das informações restringiu-se às seguradoras que operavam seguros de saúde, porém limitado unicamente às receitas e despesas operacionais.

Do estudo elaborado pela empresa Capitolio Consulting (Análise Econômico-Financeira do Setor de Saúde Suplementar 2001-2002) sobre os balanços referentes ao exercício de 2002, único disponível

trabalho, pinçamos comentários relacionados com os itens: Resultado Operacional, Sinistralidade, Faturamento e Liquidez das Operadoras:

**1. Variação do Resultado Operacional** – “6,3% das operadoras da amostra registraram resultado operacional negativo em 2002, enquanto que em 2001 essa proporção havia sido de aproximadamente 5,1%. Ou seja, houve uma piora. Os resultados dos índices são muito influenciados pela grande dispersão nos números apontados pelas operadoras, o que prejudica de certa forma a análise agrupada.”

**2. Sinistralidade** – Quadro apresentado:

Tipo de Operadora	Sinistralidade %
Seguradoras	82,1
Medicina de Grupo	75,1
Odontologia de Grupo	48,3
Cooperativa Médica	85,5
Cooperativa Odontológica	71,0
Autogestão	87,6
Filantropia	79,9

“A sinistralidade do setor em geral é muito elevada e comprometedora do equilíbrio econômico-financeiro da atividade.

Em 2002, 146 operadoras registraram sinistralidade superior a 84,7%, 94 delas ficaram com índice acima de 90%, o que praticamente inviabiliza a operação em termos comerciais e financeiros, na medida em que há ainda as despesas administrativas, comerciais, financeiras etc. Dessas 94, 41 com sinistralidade igual ou superior a 100%.

O índice máximo razoável, para uma operadora eficiente, poderia chegar, em princípio ao redor de 70 a 75%, não mais do que isso.

37,4% das operadoras da amostra trabalham com sinistralidade superior a 75%.

No mercado de seguros privados como um todo (todos os ramos de seguros) a sinistralidade em 2002 foi de 61,7%.”

**3. Faturamento** – “69% das operadoras, por algum motivo, tiveram perdas reais no volume de faturamento com planos de saúde, de 2001 para 2002.”

**4. Liquidez** – “A situação geral do setor de saúde suplementar também não tem sido boa, quase crítica, ao redor de 1,3. Ou seja, o setor dispõe de R\$ 1,30 disponível para cada R\$ 1,00 que deve pagar no curto prazo, relação essa muito apertada.

até a data da  
elaboração desse

Nesse quesito, mais uma vez as operadoras pequenas são as que se encontram em pior situação. 35,2% das 898 operadoras da amostra estavam no limite (1) ou ilíquidas em 2002 (índice inferior a 1).”

### **13. Evolução da sinistralidade das seguradoras de saúde – 1995- 2002**

O advento da nova moeda trouxe uma profunda modificação no relacionamento entre os três grupos interessados nos contratos de seguros de saúde: os segurados, as seguradoras e os prestadores de serviços médicos e hospitalares.

Essa mudança ficou caracterizada em três fatos que foram percebidos logo no início de 1995 e agravou-se nos anos seguintes. São eles:

- a) aumento nas reivindicações por reajustes nas tabelas de preços dos prestadores de serviços, com destaque para a Tabela de Honorários Médicos da AMB – Associação Médica Brasileira e as tabelas de diárias e taxas das diversas associações de hospitais, além de outras, sempre com justificativa de recuperação de perdas ocorridas no período inflacionário e que estariam agravando a situação financeira dos prestadores de serviços;
- b) aumento das reclamações nos órgãos de defesa do consumidor, com destaque para as relacionadas com alteração de preço por mudança de faixa etária ou reajustes acima da inflação;
- c) aumento da frequência de utilização dos serviços médicos e hospitalares.

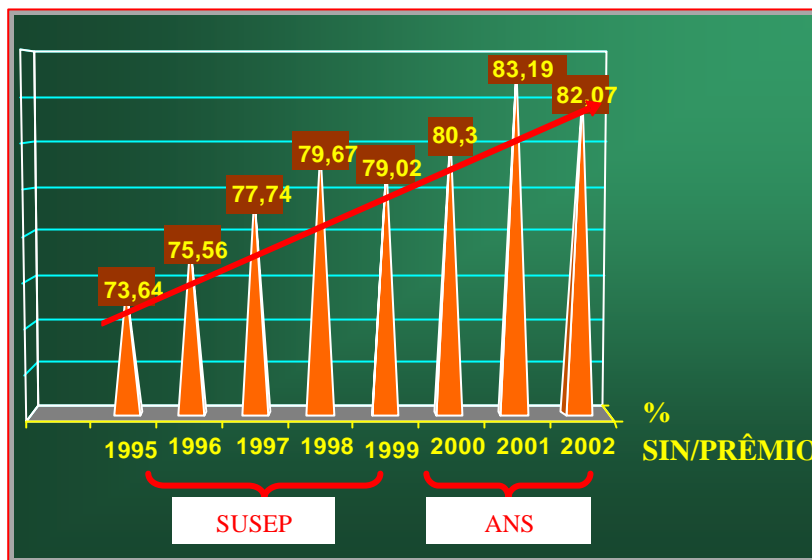
O primeiro ponto demonstra claramente que o setor de prestadores de serviços médicos e hospitalares não realizou o ajuste nos seus preços relativos, antes da entrada em vigor da nova moeda, o Real, por não ter acreditado no Plano de Estabilização Econômica ou por não ter tido a capacidade de se articular e negociar com os seus fornecedores e compradores de serviços, no caso operadoras e seguradoras de saúde.

Qualquer que seja a razão, o setor deixou essa tarefa para depois da implantação da nova moeda e perdeu a oportunidade de ajustar seus preços no momento em que isso poderia ser realizado sem maiores traumas, pois ninguém sabia qual era o valor real de um produto ou serviço. A consequência maior desse fato é que as operadoras de planos e seguros de saúde, a partir de 1997, pararam de reajustar os preços dos prestadores de serviços, alegando incapacidade de repasse dos custos para os segurados em decorrência dos percentuais de reajuste autorizados pela SUSEP e posteriormente pela ANS.

No gráfico abaixo, observa-se a evolução da sinistralidade dos seguros de saúde, único segmento possível de ser analisado,

pois os demais ou não publicavam balanços ou não dispunham de dados organizados e padronizados.

**EVOLUÇÃO DA SINISTRALIDADE DAS SEGURADORAS 1995-2002**



**14. Proposta de metodologia para cálculo dos reajustes de planos e seguros de saúde**

Emprestado do trabalho “Em Busca de um Sistema de Controle e Avaliação da Agência Nacional de Saúde Suplementar”, da lavra dos Doutores Anna Maria Campos e Dércio Santiago Jr., cabe destaque um trecho da conclusão do mesmo:

A construção de sistemas de avaliação e controle deve ser uma meta e não um conjunto de ações a ser imposto. O desafio da ANS é desenvolver a capacidade de aprender com a necessidade, e, assim, é fundamental criar espaços de aprendizagem ao longo do processo. Seria aconselhável iniciar o processo com versões simples de mecanismos das diversas categorias, ao invés de se desenvolver, de imediato, sistemas de grande complexidade.

A conclusão acima, embora relacionada com um sistema de avaliação e controle de natureza econômica, financeira e contábil, está intimamente ligada ao processo de reajuste das contraprestações pecuniárias e, assim como os bancos de dados estruturados com base em planos de estatísticas, são fundamentais para a elaboração das informações do SIP – Sistema de Informação dos Produtos. Todos eles são voltados para o gerenciamento das atividades das operadoras e seguradoras de saúde, aplicando-se, portanto, ao assunto analisado neste trabalho. Devemos buscar metas e construir um plano de ação para atingí-las.

A existência de uma metodologia de reajuste transparente e apoiada em dados econômicos reais e específicos de cada operadora é fundamental para o desenvolvimento da atividade do setor de saúde suplementar, motivo pelo qual a ANS deveria rever a forma como

atualmente vem conduzindo essa questão. A metodologia atual trata todo o setor como igual, quando é conhecida a enorme dispersão de tipos de planos de assistência à saúde, novos e antigos, assim como de operadoras. Não é possível atribuir um percentual único de reajuste para todo esse enorme e complexo universo. Servirá para algumas operadoras, mas certamente não atenderá à maioria.

Além disso, a simples existência dessa forma de reajuste, único e impositivo, não estimula e nem cria condições favoráveis para o desenvolvimento do setor.

Tão importante quanto o processo de reajuste anual seria a elaboração de um Plano Diretor do Setor de Saúde Suplementar, com objetivos a serem atingidos pelas operadoras, sujeitas à avaliação periódica, à qual estaria vinculada a concessão de reajustes adicionais relacionados com a pontuação obtida pela operadora nos itens qualidade, produtividade, competitividade e capacitação tecnológica.

A ANS poderia propor a instalação de uma Câmara Técnica para discutir esse Plano Diretor do Setor, que posteriormente seria debatido na Câmara de Saúde Suplementar e, finalmente, referendado pelo Colegiado da ANS e talvez pelo CONSU – Conselho de Saúde Suplementar, para que houvesse plena participação de todos os interessados.

A Câmara Técnica teria a missão de detalhar os seguintes pontos, para cada tipo de empresa e segmento: seguradoras, medicina de grupo, cooperativas médicas e autogestão, administradoras e apontar os indicadores específicos:

- a) fixação de indicadores de qualidade, relacionados com:
  - atendimento administrativo aos usuários por qualquer meio;
  - programa de acompanhamento da assistência à saúde na rede própria, credenciada ou referenciada;
  - acreditação de hospitais e outros estabelecimentos de saúde;
  - estatísticas de reclamações de usuários na ANS e Procons;
  - estatísticas de reclamações de prestadores de serviços médicos e hospitalares;
  - existência de Ouvidoria ou Ombudman;
  - treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos envolvidos diretamente no atendimento aos usuários dos planos;
  - programa de orientação para usuários dos planos;
  - pesquisas de satisfação;
  - outros que possam ser enquadrados nessa categoria.
  
- a) fixação de indicadores de produtividade e efetividade, relacionados com:

- capacidade de atendimento da rede própria, credenciada ou referenciada;
  - quantidade de procedimentos realizados (consultas, exames, internações etc) versus estatísticas de saúde (*health status*) nos grupos de controle;
  - programas de prevenção e detecção de doenças;
  - óbitos ocorridos e analisados por equipe qualificada;
  - reinternações ocorridas e analisadas;
  - tempo de internação e recuperação da saúde;
  - programa de acompanhamento pós-operatório e de tratamentos de longo prazo;
  - outros que possam ser enquadrados nessa categoria.
- b) fixação de indicadores de competitividade, relacionados com:
- oferta de planos individuais e coletivos;
  - preço dos produtos oferecidos;
  - tipos de produtos;
  - formas de gerenciamento da assistência médica;
  - ampliação dos tipos de consumidores (classes C, D, E);
  - índice de capitalização da operadora;
  - cumprimento de prazos para constituição e cobertura das provisões técnicas;
  - existência de capital mínimo dentro das normas;
  - crescimento da carteira de associados ou segurados;
  - força de vendas;
  - outros que possam ser enquadrados nessa categoria.
- c) fixação de indicadores relacionados com a capacitação tecnológica operadora
- utilização de sistemas informatizados para a gestão dos processos;
  - qualificação da força de trabalho e nível de escolaridade;
  - tipos de pesquisas desenvolvidas ou em desenvolvimento;
  - investimento em capacitação tecnológica;
  - outros que possam ser enquadrados nessa categoria.

A proposta de elaboração e implementação de um Plano Diretor para o Setor de Saúde Suplementar tem apoio na própria Constituição Federal, conforme se depreende da leitura do artigo 174, abaixo analisado.

### **1. Base Legal:**

Em nossa Constituição Federal (1988) há previsão legal para que a atuação das operadoras de planos de saúde e das seguradoras seja objeto de regulamentação por parte do Estado, porém, a atividade

---

econômica exercida pelo setor deve ser pautada pelo modelo de economia de mercado.

Em relação a essa questão, o artigo 174 da Constituição Federal, de 5 de outubro de 1998, é cristalino:

Art. 174:

Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado.

Portanto, três importantes determinações sobressaem do art. 174:

- a) o Estado é o agente normativo e regulador da atividade econômica;
- b) o Estado deve exercer funções de fiscalização, incentivo e planejamento, na forma da lei;
- c) o Estado deve elaborar o seu planejamento econômico que é determinante para o setor público e indicativo para o setor privado.

## **2. O Estado como Agente Normativo e Fiscalizador:**

A função de controle de preços, quando extremamente necessária, está incluída na atividade de normatização e regulação da atividade econômica e que foi concedida ao Estado pela Constituição, e este, como órgão regulador, deve estabelecer normas claras e permanentes para indicar como os reajustes dos preços deverão ser processados, normas essas às quais as empresas e consumidores se submeterão.

Essas regras também constituem a base jurídica do relacionamento entre consumidores e os fornecedores de serviços e deverão estar presentes nos contratos celebrados entre as partes.

A ausência de regras para os reajustes dos preços, de fácil apuração e constatação por parte de todos os interessados, afeta profundamente o relacionamento entre as partes envolvidas: ANS, operadoras, prestadores de serviços e usuários, submetendo a decisão da Agência à críticas de diferentes grupos, interessados direta ou indiretamente no tema ou nos seus efeitos econômicos e exposição negativa por parte da mídia, além de eventuais ações ou reclamações por parte de órgãos de defesa do consumidor.

## **3. O Estado como Agente Fiscalizador, Incentivador e Planejador:**

Ao exercer a função de fiscalização, a ANS encontrará diversas situações que merecerão a adoção de medidas corretivas, cuja dosagem deverá ser administrada de acordo com as normas em vigor. A identificação dessas situações anômalas ou irregulares, mais do que ser fonte única para a aplicação de penalidades, deve ser utilizada, sobretudo, para a elaboração de um planejamento para o Setor de Saúde Suplementar, pois são indicadores claros e

---

precisos das ações que devem ser tomadas para a melhoria do mesmo.

Como agente incentivador e planejador, a ANS tem um papel fundamental na reorganização e reordenação do setor de saúde suplementar, adequando-o à Política Nacional de Saúde e às disposições emanadas da Lei nº 9.656, de 1998, com as alterações das Medidas Provisórias.

Exercendo a função de planejadora, a ANS tem como mudar radicalmente o setor, mediante a elaboração de planejamento estratégico focando os pontos que necessitam de atenção especial tais como: solvência, constituição e cobertura de provisões técnicas, registro de planos, envio de informações contábeis e estatísticas, qualidade do atendimento aos usuários, rede de prestadores de serviços, fiscalização e outros.

Como agente incentivador, a ANS dispõe de poderoso mecanismo de estímulo às operadoras para que venham a aderir aos planos traçados pela mesma. Esse mecanismo seria a concessão de reajustes adicionais pelo desempenho obtido em uma avaliação periódica, de indicadores de qualidade, produtividade, competitividade e capacitação tecnológica.

## **15. Conclusão e recomendações**

Como conclusão e recomendações propomos, resumidamente:

1. Que a ANS altere a sua política de reajuste anual de preços de planos individuais e coletivos sem patrocínio, nos seguintes pontos:
  - a) passe a calcular o reajuste em função das planilhas de custos de cada operadora ou seguradora, pelas razões expostas anteriormente;
  - b) que não faça a divulgação prévia do índice de reajuste, ainda que este cálculo tenha sido feito, com base na metodologia atualmente utilizada;
  - c) que a política de reajuste de preços passe a ficar vinculada a um planejamento geral para o setor, a ser elaborado pela ANS, que contemplaria a avaliação das empresas integrantes do mesmo em indicadores relacionados à qualidade, produtividade, competitividade e capacitação tecnológica.
  
2. Que a ANS elabore um Plano Diretor para o Setor de Saúde Suplementar, dentro do qual seriam inseridas metas para serem atingidas pelas operadoras dos diversos segmentos, que teriam como premiação básica a concessão de reajustes adicionais, obtidos em função do seu desempenho em cada área avaliada.

Essa premiação seria plenamente justificada em função de três pontos:





- a) a operadora deverá comprovar, mediante avaliação objetiva, que alcançou as metas estipuladas para o período;
- b) a concessão do reajuste adicional não poderia ultrapassar o percentual solicitado pela operadora para recompor os custos operacionais;
- c) a faixa de concessão de reajustes adicionais ficaria entre o índice calculado pela ANS e o solicitado pela operadora, através da planilha de custos operacionais.



## 16. Referências bibliográficas

- BRASIL – Lei 8.178, de 1/03/1991.  
BRASIL – Portaria MEFP nº 463, de 06/06/1991.  
BRASIL – Portaria MEFP nº 474, de 11/06/1991.  
BRASIL – Portaria SECEX/MEFP nº 110, de 01/08/1991.  
BRASIL – Portaria SECEX/MEFP nº 221, DE 25/09/1991.  
BRASIL – Lei nº 8.880, de 27/05/1994.  
BRASIL – Ministério da Fazenda - Resolução CNSP nº 006/1994, de 22/06/1994.  
BRASIL – Ministério da Fazenda - Circular SUSEP nº 9, de 13/06/1995.  
BRASIL – Ministério da Saúde – Agência Nacional de Saúde Suplementar – Regulação & Saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2002.  
BRASIL – Ministério da Saúde – Conselho de Saúde Suplementar – Resoluções CONSU. Brasília, 1998 a 2000.  
BRASIL – Ministério da Saúde – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resoluções diversas, 2000 a 2003.  
PELLON, Luiz Felipe. *Aspectos regulatórios da saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Fenaseg, junho 2003.  
MONTONE, Januário. *Problemas escondidos no reajuste dos planos de saúde*. São Paulo: Valor Econômico, 09/07/2003, p. A8.  
ROCHA, Janes. *Um nó desfeito no cipoal dos planos e seguros de saúde*. São Paulo: Valor Econômico, 10/07/2003, p. D2.  
*Análise econômico-financeira do setor de saúde suplementar*. 2 volumes. Brasília: Capitolio Consulting, julho 2003.  
SHOULDICE, Robert G. *Introduction to managed care*. Arlington, Virginia, USA: Ed. Information Resources Press, 1993.