



# CÂMARA DOS DEPUTADOS

REQUERIMENTO DE INFORMAÇÃO  
Nº 3611, de 2018

**Do Sr. Deputado CHICO LOPES**  
ao  
**MINISTÉRIO DA SAÚDE**



CÂMARA DOS DEPUTADOS  
Gabinete do Deputado Federal Chico Lopes - PCdoB/CE

REQUERIMENTO DE INFORMAÇÃO Nº 3611, de 2018  
(Do Senhor Chico Lopes)

Requer informações sobre os procedimentos e metodologia para a definição do reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares adotados pela diretoria da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS)

Senhor Presidente,

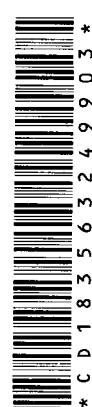
Requeiro a V. Exa., com base no art. 50, § 2º, da Constituição Federal, e nos arts. 115, inciso I e 116, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, que, ouvida a Mesa, sejam solicitadas ao Senhor Ministro da Saúde que, através de consulta a Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS), disponibilize as seguintes informações:

1. Quais os procedimentos e metodologia para a definição do reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares adotados pela diretoria da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS);
2. Quais os estudos e fundamentos que substanciaram a recomendação da Agência Nacional de Saúde Complementar ao Ministério da Fazenda, determinando reajuste de 10% aos planos de saúde;
3. Encaminhar resultado do estudo do grupo de trabalho instituído pelo presidente da Agência Nacional de Saúde Complementar sobre o impacto dos reajustes dos planos de saúde;
4. Informar a relação dos nomes que constituíram o grupo de trabalho para elaborar nova proposta de metodologia para reajustes dos planos de saúde e os votos dos conselheiros sobre o referido assunto;
5. Encaminhar o inteiro teor da nota técnica e os respectivos votos dos conselheiros, referentes a 487ª reunião da Diretoria Colegiada (DICOL) realizada no dia 11 de junho de 2018 no tocante aos reajustes dos planos de saúde.
- 6.

13 JUN. 2018

Sala das Sessões, 13 de junho de 2018

Deputado Chico Lopes  
PCdoB - CE





CÂMARA DOS DEPUTADOS

14/06/2018  
16:03

## MESA DIRETORA DA CÂMARA DOS DEPUTADOS

### DESIGNAÇÃO DE RELATOR

Designo relator da seguinte proposição o senhor Deputado Fábio Ramalho, Primeiro Vice-Presidente.

**RIC 3.611/2018** - do Sr. Chico Lopes - que "Requer informações sobre os procedimentos e metodologia para a definição do reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares adotados pela diretoria da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS) "



CÂMARA DOS DEPUTADOS  
GABINETE DA PRIMEIRA-VICE-PRESIDÊNCIA

## REQUERIMENTO DE INFORMAÇÃO N° 3611/2018

**Autor:** Deputado Chico Lopes - PCdoB/CE

**Destinatário:** Ministro de Estado da Saúde

**Assunto:** Requer informações sobre os procedimentos e metodologia para a definição do reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares adotados pela diretoria da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS).

**Despacho:** O presente requerimento de informação está de acordo com a Constituição Federal, artigo 50, § 2º, e com o Regimento Interno da Câmara dos Deputados, artigos 115 e 116. Dispensado o relatório em conformidade com o § 1º do artigo 2º do Ato da Mesa nº 11/1991, o parecer é pelo **encaminhamento**.

Primeira-Vice-Presidência, em 21 de junho de 2018

Fábio Ramalho  
Primeiro-Vice-Presidente





Câmara dos Deputados

## RIC 3.611/2018

**Autor:** Chico Lopes

**Data da Apresentação:** 13/06/2018

**Ementa:** Requer informações sobre os procedimentos e metodologia para a definição do reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares adotados pela diretoria da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS).

**Forma de Apreciação:**

**Texto Despacho:** Aprovação pelo Presidente, Dep. Rodrigo Maia, "ad referendum" da Mesa, do parecer do senhor Deputado Fábio Ramalho, Primeiro Vice-Presidente, pelo encaminhamento.

**Regime de tramitação:**

Em 02/07/2018

  
RODRIGO MAIA

Presidente da Câmara dos Deputados



565A62E019

MG / GM
Recebido em 13/07/18
<i>matheus Joxé</i>
Rubrica / Metacódia

Ofício 1ªSec/RI/E/nº 2372 /18

Brasília, 13 de julho de 2018.

A Sua Excelência o Senhor  
**GILBERTO OCCHI**  
 Ministro de Estado da Saúde

Assunto: Requerimento de Informação

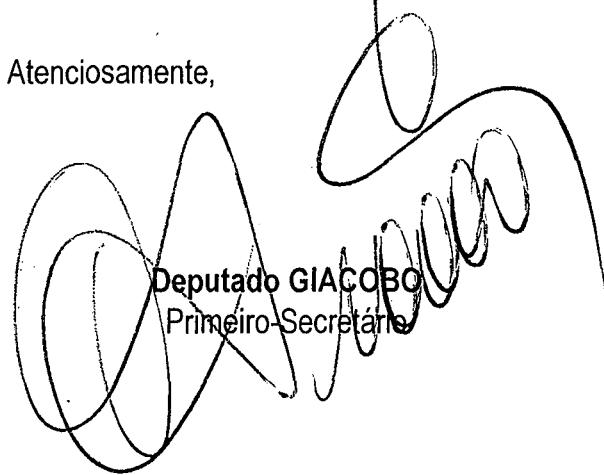
Senhor Ministro,

Nos termos do art. 50, § 2º, da Constituição Federal, encaminho a Vossa Excelência cópia(s) do(s) seguinte(s) Requerimento(s) de Informação:

PROPOSIÇÃO	AUTOR
Requerimento de Informação nº 3611/2018	Chico Lopes
Requerimento de Informação nº 3613/2018	Chico Lopes

Por oportuno, solicito, na eventualidade de a informação requerida ser de natureza sigilosa, seja enviada também cópia da decisão de classificação proferida pela autoridade competente, ou termo equivalente, contendo todos os elementos elencados no art. 28 da Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação), ou, caso se trate de outras hipóteses legais de sigilo, seja mencionado expressamente o dispositivo legal que fundamenta o sigilo. Em qualquer caso, solicito ainda que os documentos sigilosos estejam acondicionados em invólucro lacrado e rubricado, com indicação ostensiva do grau ou espécie de sigilo.

Atenciosamente,

  
 Deputado GIACOBO  
 Primeiro-Secretário

- NOTA: os Requerimentos de Informação, quando de autorias diferentes, devem ser respondidos separadamente.  
 /LMR

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Aviso nº410 /2018-ASPAR/GM/MS

Brasília, 30 de julho de 2018.

A Sua Excelência o Senhor  
Deputado GIACOBO  
Primeiro-Secretário da  
Câmara dos Deputados

Assunto: Requerimento de Informação.

Senhor Primeiro-Secretário,

<b>PRIMEIRA-SECRETARIA</b>	
Documento recebido nesta Secretaria sem a indicação ou aparência de tratar-se de conteúdo de caráter sigiloso, nos termos do Decreto n. 7.845, de 14/11/2012, do Poder Executivo.	
Em 07/08/18 às 13h48	às 13h48
<i>Luis Henrique</i> Assinatura	<i>7396</i> Ponto
<i>Gilberto Occhi</i> Portador	

Reportando-me ao Ofício 1ª Sec/RI/E/nº 2372/2018 de 13 de junho de 2018, referente ao Requerimento de Informação nº 3611/2018, do Deputado CHICO LOPES, em que foram solicitadas deste Ministério informações referente aos procedimentos e metodologias para a definição do reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares adotados pela diretoria da ANS, encaminho resposta com os esclarecimentos prestados pela Agência Nacional de Saúde.

Atenciosamente,

**GILBERTO OCCHI**  
Ministro de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Gilberto Magalhães Occhi, Ministro de Estado da Saúde**, em 06/08/2018, às 18:30, 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](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **4959388** e o código CRC **4C1C347E**.



Ofício nº 063/2018/GGRIN/GAB/PRESI

Brasília, 23 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 3611/2018

Senhor Assessor,

Em atenção aos Ofícios nºs 1423 e 1719/2018/ASPAR/GM/MS, encaminho em anexo a **Nota Técnica nº 72/2018/GEFAP/GGREP/DIPRO**, contendo manifestação desta Agência acerca do Requerimento de Informação nº 3611/2018, de autoria do Deputado Federal chico Lopes (PCdoB/CE), que requer informações sobre os procedimento e metodologia para a definição do reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares adotados pela Diretoria da ANS.

Atenciosamente,

  
Ana Carolina Rios Barbosa  
Gerente-Geral de Relações Institucionais

Nota nº 72 /2018/GEFAP/GGREP/DIPRO

Rio de Janeiro, 18 de julho de 2018.

**Assunto: Requerimento de Informações nº 3611/2018**

Prezado Gerente-Geral,

A presente Nota visa trazer subsídios para resposta ao Requerimento de Informações nº 3611/2018, da Câmara dos Deputados, o qual elenca os seguintes questionamentos a este órgão regulador:

- 1- Quais os procedimentos e metodologia para a definição do reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares adotados pela diretoria da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS);
- 2- Quais os estudos e fundamentos que substanciaram a recomendação da Agência Nacional de Saúde Complementar ao Ministério da Fazenda, determinando reajuste de 10% aos planos de saúde;
- 3- Encaminhar resultado do estudo do grupo de trabalho instituído pelo presidente da Agência Nacional de Saúde Complementar sobre o impacto dos reajustes dos planos de saúde;
- 4- Informar a relação dos nomes que constituíram o grupo de trabalho para elaborar nova proposta de metodologia para reajustes dos planos de saúde e os votos dos conselheiros sobre o referido assunto;
- 5- Encaminhar o inteiro teor da nota técnica e os respectivos votos dos conselheiros, referentes a 487ª reunião da

Diretoria Colegiada (DICOL) realizada no dia 11 de junho de 2018 no tocante aos reajustes dos planos de saúde.

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 ([http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/50398\\_\\_AIR%20-%20Nova%20Política%20de%20Preços%20e%20Reajustes\\_Versão%2019-02-18\\_Final.pdf](http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/50398__AIR%20-%20Nova%20Política%20de%20Preços%20e%20Reajustes_Versão%2019-02-18_Final.pdf)), 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:

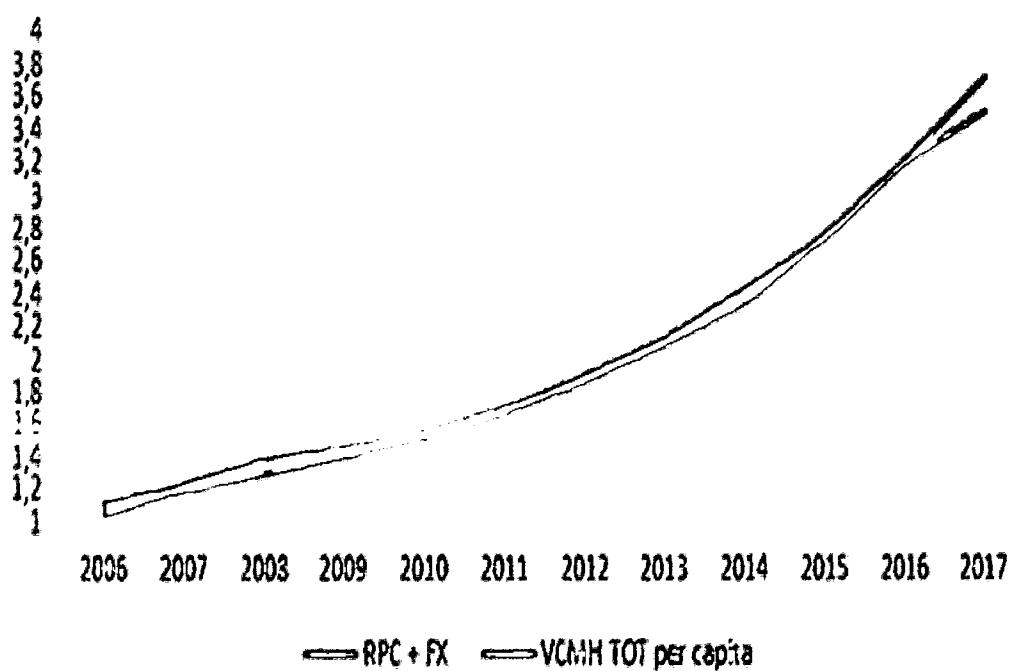
### **Comparação entre Reajuste ANS e VCMH**

Ano	Índice Máximo AMS	Fx Estrito	RPC + FX	VCMH per capita
2000	5,42%	2,4%	7,95%	
2001	8,71%	2,4%	11,32%	
2002	7,69%	2,4%	10,27%	
2003	9,27%	2,4%	11,89%	
2004	11,75%	2,4%	14,4%	
2005	11,69%	2,4%	14,37%	
2006	8,65%	2,4%	11,5%	5,64%
2007	5,76%	2,4%	8,32%	17,31%
2008	5,48%	2,4%	8,01%	11,69%
2009	6,76%	2,4%	9,32%	6,76%
2010	6,73%	2,4%	9,01%	4,63%
2011	7,69%	2,39%	10,25%	9,63%
2012	7,93%	2,41%	10,53%	13,13%
2013	9,04%	2,4%	11,66%	11,63%
2014	9,65%	2,4%	12,2%	14,63%
2015	12,55%	2,4%	16,2%	12,83%
2016	12,57%	2,4%	16,3%	17,21%
2017	13,55%	2,4%	16,2%	10,64%

Ano	RPC + 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	1,541310694	1,003505288
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	25,35036158	1,002443038
Desvio Estrutural			0,2455

### Comparação entre Reajuste ANS e VCM

#### Reajuste + FX x VCMH Total per capita



Deste modo, a atual metodologia já vem sendo objeto de reavaliação por esta Agência desde 2010, quando 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.

Em 29 de abril de 2015, foi instituído o Grupo de Trabalho - GT sobre Política de Preço no Setor de Saúde Suplementar, que contou com a participação de servidores lotados na DIPRO, para continuidade das discussões, dentre outros assuntos, relacionadas à revisão da metodologia de reajuste dos planos individuais/familiares.

Essa discussão regulatória prosseguiu e, em 8 de dezembro de 2017 e 6 de fevereiro de 2018, foram apresentadas, no âmbito do Comitê de Regulação de Reajustes e Preços da Saúde Suplementar, novas propostas por parte desta Agência para a sistemática de reajustes, incluindo a dos planos individuais/familiares. O conjunto dessas propostas pode ser visualizado por intermédio do acesso à 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-reunoes-do-comite-de-regulacao-da-estrutura-dos-produtos>).

Em linhas gerais, foram propostas diversas medidas regulatórias envolvendo planos individuais/familiares e coletivos. Especificamente sobre a metodologia de reajustes de planos individuais/familiares, a proposta do corpo técnico preconiza a adoção do índice de Variação dos Custos Médico Hospitalares (VCMH), descontando-se um fator referente à variação de faixas etárias (a fim de se evitar duplo impacto, já que existe uma dinâmica apartada de reajustes por faixas etária) e um fator de produtividade, a fim de que se compartilhem esses ganhos com o consumidor. Além destes, haveria o acréscimo de um fator de qualidade

para que as melhores operadoras pudessem recuperar parte do que seria transferido a título de fator de produtividade.

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

Todos os documentos pertinentes às propostas delineadas estão disponíveis para acesso de qualquer cidadão no portal da ANS no seguinte caminho: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/audiencias-publicas/audiencia-publica-10>.

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

*1-Quais os procedimentos e metodologia para a definição do reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares adotados pela diretoria da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS).*

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.

Os procedimentos e metodologia para a definição do reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares adotados pela diretoria da Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS foram detalhados acima,

que culminou com a adoção, para o período de aplicação de reajuste de maio/2018 a abril/2019, do percentual de 10% (dez por cento).

**2-Quais os estudos e fundamentos que substanciaram a recomendação da Agência Nacional de Saúde Complementar ao Ministério da Fazenda, determinando reajuste de 10% aos planos de saúde.**

Os esclarecimentos foram prestados na resposta anterior e na fundamentação que detalhou a metodologia atualmente aplicada no cálculo dos reajustes dos planos individuais/familiares.

**3-Encaminhar resultado do estudo do grupo de trabalho instituído pelo presidente da Agência Nacional de Saúde Complementar sobre o impacto dos reajustes dos planos de saúde.**

Com relação ao grupo de trabalho mencionado, sugere-se encaminhamento à Presidência da ANS para resposta, sendo certo que os esclarecimentos afetos a esta área técnica foram prestados por intermédio da Nota Técnica nº 13/2018/GEFAP/GREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, disponível no seguinte caminho:  
[http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/audiencias\\_publicas/ap10/ap10\\_nt13\\_apontamentos\\_apos\\_dicol.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap10/ap10_nt13_apontamentos_apos_dicol.pdf)

**4-Informar a relação dos nomes que constituíram o grupo de trabalho para elaborar nova proposta de metodologia para reajustes dos planos de saúde e os votos dos conselheiros sobre o referido assunto.**

Sugere-se, na mesma linha do questionamento anterior, encaminhamento para a Presidência da ANS. Por oportuno, informe-se que os todos os documentos, inclusive os votos proferidos na reunião da Diretoria Colegiada, estão disponíveis para acesso através do caminho:  
<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/audiencias-publicas/audiencia-publica-10>.

**5-Encaminhar o inteiro teor da nota técnica e os respectivos votos dos conselheiros, referentes a 487ª reunião da Diretoria Colegiada (DICOL)**

realizada no dia 11 de junho de 2018 no tocante aos reajustes dos planos de saúde.

Todos os documentos pertinentes à discussão sobre a Política de Preços e Reajustes na Saúde Suplementar estão disponíveis para acesso de qualquer cidadão por intermédio do caminho <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/audiencias-publicas/audiencia-publica-10>, sendo certo que tais documentos subsidiaram a discussão no âmbito da Audiência Pública realizada nos dias 24 e 25 de julho.

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.

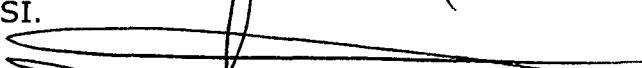
À consideração superior.

  
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 23/07/2018.  
Encaminhe-se à PRESI.

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



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ASSESSORIA PARLAMENTAR - ASPAR  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900  
Site - saude.gov.br

Ofício nº 1423/2018/ASPAR/GM/MS

Brasília, 19 de junho de 2018.

Ao Senhor  
**LEANDRO FONSECA DA SILVA**  
Diretor-Presidente, Substituto da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS  
SAS Quadra 01 Bloco M - Ed. Libertas, 7º andar  
CEP: 70070-935 – Brasília - DF

Assunto: Indicação 3611/2018

Senhor Presidente,

Encaminhamos a Vossa Senhoria para emissão de parecer em caráter de **URGÊNCIA** requerimento de informação nº 3611/2018, de autoria do Deputado CHICO LOPES, que solicita informações ao Excelentíssimo Ministro da Saúde sobre os procedimentos e metodologia para a definição do reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares adotadas pela diretoria da ANS.

Informamos a Vossa Senhoria que este requerimento ainda não chegou oficialmente no Ministério, mas tendo em vista o que estabelece a Constituição Federal no seu artigo 50 § 2. a **não obediência do prazo oficial que é de 30 dias** implicará em crime de responsabilidade imputado ao Ministro da Saúde. Dessa forma, estamos nos antecipando em enviá-lo para que a área competente disponha de mais tempo para elaboração da resposta.

**Desta Forma solicitamos o retorno a esta Assessoria URGENTE.**

Atenciosamente,

MÍRIA DE FIGUEIREDO DAMÁSIO PADILHA  
Chefe da Divisão de Acompanhamento Parlamentar

Documento assinado eletronicamente por Míria de Figueiredo Damásio Padilha, Chefe da Divisão de Acompanhamento Parlamentar, em 19/06/2018, às 15:31, 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](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador  
4379499 e o código CRC 5A17DDDC.

**REQUERIMENTO DE INFORMAÇÃO Nº , de 2018**  
**(Do Senhor Chico Lopes)**

Requer informações sobre os procedimentos e metodologia para a definição do reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares adotados pela diretoria da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS)

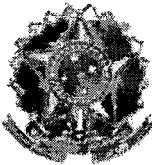
Senhor Presidente,

Requeiro a V. Exa., com base no art. 50, § 2º, da Constituição Federal, e nos arts. 115, inciso I e 116, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, que, ouvida a Mesa, sejam solicitadas ao Senhor Ministro da Saúde que, através de consulta a Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS), disponibilize as seguintes informações:

1. Quais os procedimentos e metodologia para a definição do reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares adotados pela diretoria da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS);
2. Quais os estudos e fundamentos que substanciaram a recomendação da Agência Nacional de Saúde Complementar ao Ministério da Fazenda, determinando reajuste de 10% aos planos de saúde;
3. Encaminhar resultado do estudo do grupo de trabalho instituído pelo presidente da Agência Nacional de Saúde Complementar sobre o impacto dos reajustes dos planos de saúde;
4. Informar a relação dos nomes que constituíram o grupo de trabalho para elaborar nova proposta de metodologia para reajustes dos planos de saúde e os votos dos conselheiros sobre o referido assunto;
5. Encaminhar o inteiro teor da nota técnica e os respectivos votos dos conselheiros, referentes a 487ª reunião da Diretoria Colegiada (DICOL) realizada no dia 11 de junho de 2018 no tocante aos reajustes dos planos de saúde.
- 6.

Sala das Sessões, 13 de junho de 2018

Deputado Chico Lopes  
PCdoB - CE



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ASSESSORIA PARLAMENTAR - ASPAR  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900  
Site - saude.gov.br

Ofício nº 1719/2018/ASPAR/GM/MS

Brasília, 16 de julho de 2018.

Ao Senhor  
**LEANDRO FONSECA DA SILVA**  
Diretor-Presidente, Substituto da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS  
SAS Quadra 01 Bloco M - Ed. Libertas, 7º andar  
CEP: 70070-935 – Brasília - DF

Assunto: **Requerimento de Informação 611/2018**

Senhor Presidente,

Encaminho Oficio nº 2372/2018, de 16 de julho de 2018, da Primeira Secretaria da Câmara dos Deputados, que trata do Requerimento de Informação nº 3611/2018, do Senhor Deputado CHICO LOPES. Informo ainda que, o prazo regimental para a resposta é de **30 dias**, com início dia **16 de julho e término em 16 de agosto de 2018**. Dessa forma, solicito a análise e emissão de parecer urgente a esta Assessoria até o dia **01 de AGOSTO, de forma a termos tempo hábil para resposta formal**.

**Solicito ainda verificar se o assunto é afeto a esta área, caso confirme, responder no prazo estipulado acima e não sendo devolver a esta Assessoria com a urgência que o assunto requer.**

Atenciosamente,

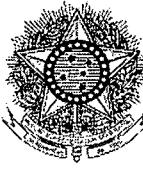
Míria de Figueiredo Damásio Padilha  
Chefe da Divisão de Acompanhamento Parlamentar



Documento assinado eletronicamente por **Míria de Figueiredo Damásio Padilha, Chefe da Divisão de Acompanhamento Parlamentar**, em 16/07/2018, às 10:02, 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](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **4761568** e o código CRC **D3C4E3E2**.



CÂMARA DOS DEPUTADOS  
PRIMEIRA-SECRETARIA

Ofício 1<sup>a</sup>Sec/RI/I/nº 2437 /18

Brasília, 08 de agosto de 2018.

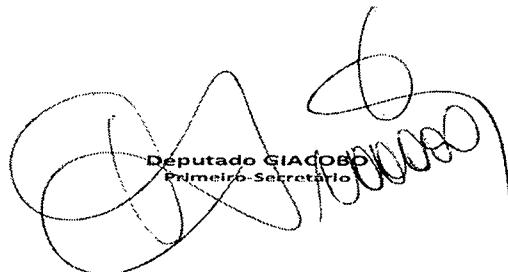
Exmo. Senhor Deputado  
**CHICO LOPES**  
Gabinete 310 – Anexo 4

**Assunto: resposta a Requerimento de Informação**

Senhor Deputado,

Encaminho a Vossa Excelência cópia do Aviso nº 410/2018-ASPAN/GM/MS, 27 de julho de 2018, do Ministério da Saúde, em resposta ao **Requerimento de Informação nº 3611/2018**, de sua autoria.

Atenciosamente,

  
Deputado GIACOBO  
Primeiro-Secretário

RECEBI NESTA	DATA
08	08/2018
MESES	08/2018
MÊS	
243435	

*M. Douglas*



Documento : 7923 - 1/NCO