



**Ofício/FPDC/DEX/ 323/10  
Carta Coex 210/10**

São Paulo, 06 de agosto de 2010

**À Agência Nacional de Saúde Suplementar**  
Aos Senhores

**Mauricio Ceschin**  
Diretor-Presidente da ANS  
Agência Nacional de Saúde Suplementar

**Fabio Dantas Fassini**  
Gerente-Geral Econômico Financeiro e Atuarial dos Produtos  
Presidente da Câmara Técnica de Reajuste

**Alfredo Luiz de Almeida Cardoso**  
Diretor de Normas e Habilitação de Produtos

**Assunto: Contribuição da Fundação Procon SP e do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) para a Câmara Técnica de Reajuste de Planos de Saúde**

A **Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor – Procon SP** e o **Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – Idec**, entidades que compõem o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, vêm, por meio desta, apresentar suas contribuições na Câmara Técnica que discute a revisão da metodologia de reajuste de planos de saúde.

Atenciosamente,

**Roberto Augusto Castellanos Pfeiffer**  
Diretor Executivo Fundação Procon/SP

**Lisa Gunn**  
Coordenadora Executiva do Idec

## **1. Considerações preliminares<sup>1</sup>**

### **a) Sobre o custo político das decisões açodadas**

Inicialmente, cumpre reiterar a preocupação em relação à forma como a ANS vem conduzindo a discussão de temas importantes que implicarão em novas regras para os consumidores de planos de saúde e, no que toca a esta contribuição, especialmente a nova metodologia de reajuste.

Não há dúvidas de que a iniciativa da agência de voltar a discutir os temas sensíveis ao consumidor é fundamental, mas não se pode admitir tal pressa e falta de transparência. Na ânsia de se resolver, de uma só vez, todos os problemas que assolam o setor, corre-se o sério risco de continuar a repeti-los e adotar regras em prejuízo da sociedade.

A agência tem exemplo recente do custo político de decisões açodadas, não só para a sua estrutura como também para os seus dirigentes. O Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos (PIAC), instituído pela Resolução Normativa nº 64, de 22 de dezembro de 2003, não atingiu o objetivo desejado, e causou caos: consumidores sem informações, operadoras impondo percentuais absurdos de reajustes para migração de contrato, imprensa e opinião pública indignados. Tamanho foi o efeito negativo que apenas agora, em 2010, aventa-se retomar a discussão.

Ninguém deseja que o mesmo cenário se repita!

### **b) Sobre a falta de transparência e os meios necessários para que se garanta a efetiva participação social no processo regulatório**

É importante esclarecer e afastar a confusão que se estabeleceu sobre a autonomia das agências e a sua necessária neutralidade em relação aos atores envolvidos no setor (empresas reguladas, consumidores e representantes políticos) e sobre a defesa retórica de que as agências devem estar equidistantes dos interesses destes atores. Trata-se de mito o conceito de que as agências devem se manter equidistantes dos interesses do governo, das empresas e dos

---

<sup>1</sup> O presente trabalho contou com a valiosa colaboração do Prof. Dr. Luiz Jurandir Simões, docente da Área de Contabilidade e Atuária da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – Universidade de São Paulo (FEA/USP).

consumidores para não favorecer nenhum dos lados. A regulação existe com o objetivo primordial de fazer o mercado funcionar de forma eficiente e justa, corrigindo externalidades e minimizando falhas. Portanto, ela deve atuar onde isso estiver ocorrendo. Imparcialidade, assim, não é equidistância nem mediação, é ater-se a esses objetivos com uma visão de longo prazo e a despeito das pressões dos diversos atores. O desafio do processo de autonomização é o de construir um sistema de controles e influências que assegurem uma atuação democrática, atenta a interesses gerais e à ordem jurídica.

**É evidente o novo momento regulatório que o Brasil vive, no qual se caminha para o aumento da participação social no processo regulatório e, conseqüentemente, o estabelecimento da agenda de regulação de acordo com as necessidades sociais.**

**Nota-se na atuação da ANS um maior atraso na implementação de modificações. Os mecanismos de participação social são poucos e ineficientes, e sua atividade reguladora continua muito focada na regulação econômica, ficando a regulação social em segundo plano.**

**Sob tais premissas,** reafirmamos que a inexistência de uma agenda regulatória, instrumento que garante a previsibilidade dos temas que serão discutidos pela agência, aliada aos exíguos prazos e aos diversos temas tratados concomitantemente, comprometem a efetiva participação e a transparência no processo regulatório.

Os diversos temas em discussão, aos quais provavelmente se somarão outros já sinalizados pela ANS, requerem análise cuidadosa e aprofundada, em razão da complexidade e interface que mantém entre si. Ainda mais quando se trata de metodologia de reajuste, discutida sem o fornecimento sequer de informações básicas.

A fim de que efetivamente se promova uma câmara de discussão técnica, é fundamental que se disponibilize previamente à sociedade os documentos técnicos que embasam as propostas apresentadas.

Nesse sentido, destacamos o disposto no artigo 37 da Constituição Federal:

*Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de*

*legalidade, impessoalidade, moralidade, **publicidade** e eficiência (...)* grifamos

O que se espera de uma Administração Pública dialógica é o estabelecimento de instrumentos capazes de fortalecer a democracia participativa. Neste contexto, é preciso garantir a publicidade dos documentos técnicos, o que significa propiciar o acesso e conhecimento substantivo de seu conteúdo, (pesquisas, dados e estudos) nas próprias reuniões e explicações nas câmaras técnicas, o que, sem dúvidas, contribuirá para a qualidade do debate.

Ressaltamos, ainda, a necessidade de ampliação da participação de órgãos do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, tendo em vista a disparidade em relação ao número de representação do setor e a assimetria de informações entre os presentes.

## **2. Sobre a metodologia de discussão da revisão do índice de reajuste de planos de saúde**

Conforme já explanado anteriormente, são grandes os custos políticos e sociais da discussão atabalhoada de novo método de reajuste de planos de saúde. Um tema de tal complexidade não pode ser discutido em tão exíguo tempo. Estamos tratando de índices referentes ao setor de serviços, cujas nuances econômicas são reconhecidamente técnicas e demandam debates profundos e estruturados.

*É comum observar que a metodologia de cálculo dos índices da saúde desperta controvérsias pois, se aplicada de forma inadequada, dificulta a identificação das principais causas de elevação do valor dos gastos das famílias com saúde (NEWHOUSE, 2001). Estudos do National Bureau of Economic Research (NBER) mostram que a construção de um índice de preço na área da saúde, em particular seus vieses, pode afetar tanto a mensuração do índice geral de preços, quanto o cálculo do deflator implícito do PIB, ou ainda, comprometer o cálculo dos preços relativos de outros produtos que compõem a cesta do IPC (Ocké-Reis, 2006; NEWHOUSE, ibidem).*

Ademais, no Brasil existem instituições econômicas e acadêmicas que já atuam no setor de saúde e, indubitavelmente, devem ser consultadas e participar do processo de discussão do novo método de reajuste. Citemos, exemplificativamente, IPEA, FIEPECAFI, DIEESE e FGV. Algumas delas, inclusive, chegaram a ser informalmente consultadas por estas instituições e também

consideram que a discussão precisa ser mais aprofundada. Ressalte-se que não se trata apenas de “terceirizar” a discussão sobre o reajuste, mas sim de constituir grupo de trabalho que construa, conjuntamente com a ANS e o Ministério da Saúde, um modelo para os planos de saúde condizente com os interesses de toda a sociedade.

### **3. Informações preliminares necessárias para qualquer discussão econômica de metodologia de reajuste de plano de saúde**

Além da necessidade de ampliação da participação de representantes dos consumidores e da academia no processo de discussão da nova metodologia de reajuste, e da necessidade de ampliação dos prazos para que esta se dê de forma densa, o processo também se encontra viciado por conta da falta de informações básicas para construção de contribuições.

Faltam informações elementares sobre o funcionamento do setor de planos de saúde e suas características como, por exemplo: dos consumidores que atualmente são contratantes de planos de saúde, quantos cumpriram cobertura parcial temporária? Qual o perfil de saúde dos usuários de planos de saúde? Há projeções de utilização e de faixa etária para os próximos decênios?

Qualquer metodologia de reajuste que se almeje construir tem que ser adequadamente estruturada, a fim de que se deixe de buscar soluções apenas imediatistas para o setor de planos de saúde, e se vislumbre um equilíbrio assistencial e econômico-financeiro também a médio e longo prazo.

#### **3.1 Necessidade de discussão do reajuste de planos de saúde considerando-se a capacidade de pagamento dos consumidores**

Os planos de saúde são uma realidade posta e convivem com o Sistema Único de Saúde (SUS) em simbiose. Atualmente, aproximadamente 24% (vinte e quatro por cento) dos brasileiros têm planos de saúde. Não se pode negar que, se uma parcela considerável dessa população tivesse que abandonar o sistema privado de saúde, por impossibilidade de pagamento, o impacto para esses consumidores, para o mercado de planos de saúde e para todo o sistema de saúde – inclusive para o SUS – seria consideravelmente danoso.

Assim sendo, para a discussão de nova metodologia de reajuste é indispensável que se considere a necessidade de construção de modelo que viabilize a continuidade do pagamento das mensalidades de planos de saúde

pelos consumidores. Caso contrário, o próprio sistema de planos de saúde entrará em colapso, assim como a saúde pública.

Analisando a sustentabilidade do sistema a partir dos reajustes nos planos de saúde, desconsiderando aspectos importantes como capacidade de atendimento e qualidade na prestação de serviço, a metodologia atual aplicada pela ANS aos contratos individuais novos aponta para um crescimento do índice de reajuste que poderá comprometer sua principal engrenagem. E o novo método proposto, sem discussões, estudos e planejamentos não nos parece concebido com a capacidade de reverter ou ao menos amenizar o descompasso entre inflação e índice ANS.

De acordo com a metodologia atual, o índice de reajuste apresentou um crescimento nos últimos dez anos muito acima da inflação. Esse crescimento compromete a renda do beneficiário, expulsando o usuário dos planos pela incapacidade de pagamento.

**Tabela 1 - Evolução do índice de Reajuste ANS (%)**

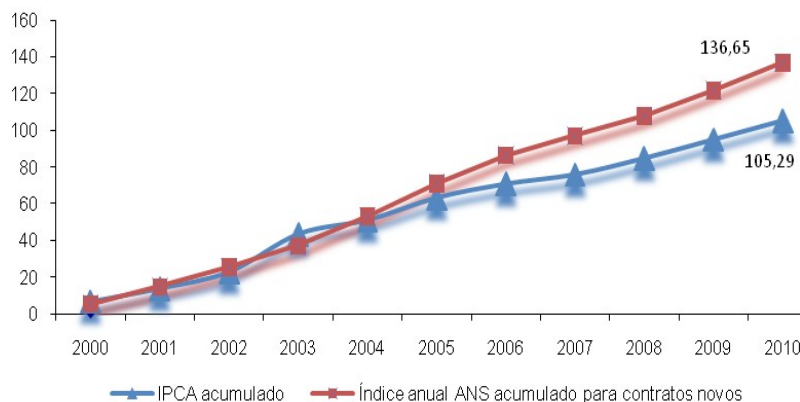
Índice anual 2000/2010	IPCA (1) acumulado no ano	Índice anual ANS para contratos novos	Diferença ANS/IPCA (em pontos percentuais)
2000	6,77	5,42	-1,35
2001	6,61	8,71	2,1
2002	7,98	9,39	1,41
2003	16,77	9,27	7,5
2004	5,26	11,75	6,49
2005	8,07	11,69	3,62
2006	4,63	8,89	4,26
2007	3,00	5,76	2,76
2008	5,04	5,48	0,44
2009	5,53	6,76	1,23
2010	5,26	6,73	1,47
Acumulado	105,29	136,65	31,36

(1) IPCA acumulado 12 meses entre maio e abril do ano seguinte, considerando o mesmo período do reajuste aplicado pela ANS.

Fonte: ANS e IBGE / Elaboração Idec

## Gráfico 1 – Evolução dos reajustes de planos de saúde ANS e Inflação (IPCA)

Evolução dos reajustes dos planos de saúde individuais (ANS) em relação à inflação (IPCA-IBGE) acumulada entre 2000 e 2010



Fonte: ANS e IBGE - Elaboração Idec

O comportamento dos indicadores em 30 anos, utilizando o índice de reajuste observado nos últimos anos e estimando a taxa de inflação no patamar estabelecido pelo programa de meta de inflação do governo, permite avaliar o impacto na renda do trabalhador.

### Hipótese 1

Se essa diferença ocorrer a cada 10 anos, ou seja, a inflação ficar em 31,36% abaixo do reajuste da ANS, e se a inflação ficar na meta de 4,50% nos próximos 30 anos. Teremos:

1. Inflação dos próximos 30 anos será de: 275%
2. O reajuste ANS será de: 749%
3. A diferença acumulada em 30 anos: 126,67%

Aqui há uma hipótese: que a diferença ANS só será capitalizada a cada 10 anos, o que reduz o reajuste total.

Se observarmos a tabela 1, verifica-se que na maioria das vezes o reajuste fica acima da inflação. Se esse processo perdurar, só as pessoas que conseguirem ganhos salariais acima da inflação poderão manter uma maior aderência entre a renda e a proporção consumida pelas mensalidades de planos de saúde.

A previsão futura dos gastos com saúde é um dos desafios cruciais que enfrentam vários países no contexto da situação demográfica e mudanças sociais que atualmente ocorrem no mundo.

**Para avaliar corretamente a adoção de modelos de reajustes que possam garantir a sustentabilidade do sistema com despesas crescentes de saúde a longo prazo e estabelecer políticas adequadas é essencial desenvolver um método confiável para estimar a evolução do comportamento do setor de saúde suplementar e desempenho das despesas e investimento em tecnologia.**

#### **4. Considerações sobre o atual índice de reajuste e suas deficiências**

Aponta-se como primeira deficiência inserta na metodologia atual de reajuste a sua inaplicabilidade aos contratos coletivos. Sob a premissa de que partes iguais – duas pessoas jurídicas – negociam nesses contratos, a ANS não regula seus reajustes, mas apenas recebe dados referentes aos valores acordados. Complementarmente, aplica uma média depurada desses valores que lhe foram informados para os contratos individuais novos.

Tal premissa não tem se confirmado na prática. Os reajustes aplicados nos contratos coletivos, muitas vezes, superam sobremaneira a capacidade de pagamento dos consumidores.

Desse modo, um ponto que merece crítica está na transposição da média de reajuste dos contratos coletivos para os individuais, como se o reajuste se resumisse a atualização de custos anual, sem se considerar que, na prática, as operadoras têm aplicado reajustes anuais nos contratos coletivos de característica mista, nos quais já se embute a sinistralidade. Nos valores referência para o cálculo do reajuste a título de atualização anual de contratos individuais há outros elementos, referentes a sinistralidade. Portanto, a média aplicada não é a transposição do comportamento do mercado coletivo referente a reajustes anuais para o mercado individual; engloba outras realidades que, distorcidamente, passam a influenciar no cálculo do reajuste. Tomemos como exemplo cinco casos (anexo):



1. Plano de saúde Intermédica coletivo empresarial dos servidores da Prefeitura da Estância Turística de Itu. Em março de 2010 aplicou-se reajuste de 25% (vinte e cinco por cento) e rateio de despesa de R\$127.000,00 (cento e vinte e sete mil reais) entre os consumidores, em dez parcelas. A justificativa para o reajuste foi aumento de sinistralidade.
2. Plano SulAmérica Saúde coletivo intermediado pela CAASP. Segundo carta enviada aos consumidores vinculados a esses planos, considerou-se para a composição do reajuste aplicado em 5 de julho de 2010 pretensos aumentos de custos referentes à ampliação do rol de coberturas obrigatórias que entrou em vigor em 7 de junho do mesmo ano, por força da Resolução Normativa 211. Todavia, os custos devem ser medidos e incorporados a posteriori, depois de verificado eventual impacto nos custos, e não antes mesmo da entrada em vigor do novo rol.
3. Contrato coletivo da Golden Cross. Aplicação, em 2007, de reajuste de 45,99% (quarenta e cinco vírgula noventa e nove por cento). O Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul afastou o percentual de 45,99% e aplicou o percentual de 11,75% (onze vírgula setenta e cinco por cento), percentual fixado na data para reajuste de planos de saúde individuais novos.
4. Contrato coletivo da Unimed Jundiaí. Aplicação em 2008 de reajuste de 40% (quarenta por cento). O Tribunal de Justiça de São Paulo determinou a aplicação do percentual de 8,89% (oito vírgula oitenta e nove por cento), percentual fixado na data para reajuste de planos de saúde individuais novos.
5. Operadora Qualimed aplicou, em 2006, reajuste de 583,57% (quinhentos e oitenta e três vírgula cinquenta e sete por cento) à mensalidade do contrato firmado com Microempresa, após um ano da data da contratação. O Tribunal de Justiça de Minas Gerais manteve a decisão de 1ª instância que afastou o reajuste por sinistralidade e determinou a aplicação do IGP-M para o reajuste anual, conforme estabelecia o contrato.

Portanto, impossível admitir que a revisão da metodologia de reajuste de planos de saúde não passe pela questão dos planos coletivos. Embora na primeira reunião da Câmara Técnica a ANS tenha informado que esta

não é uma questão fechada<sup>2</sup>, não foi essa a afirmação da Sra. Rosana Vieira das Neves, Gerente da Gerência Geral Econômico-Financeira e Atuarial dos Produtos – GGEFP/DIPRO, em reunião ocorrida no Procon/SP, com a presença de entidades de defesa do consumidor, em 21/7/10: afirmou-se taxativamente que a nova metodologia de reajuste discutida permanecerá sendo aplicada apenas aos contratos individuais novos.

Ressaltemos que a omissão da ANS na regulação econômica dos contratos coletivos é um dos principais – senão o principal – elemento indutor da coletivização do setor de planos de saúde. Muitas operadoras de planos de saúde, em especial as seguradoras, têm deixado de oferecer planos individuais, concentrando suas atividades nos planos coletivos. Antes mesmo de fecharem totalmente as portas para a contratação individual, já davam demonstrações evidentes de seu desinteresse por esse tipo de contrato, instruíam corretores para que não o comercializassem, pagavam comissões baixas ou mesmo deixavam de pagá-las.

Obviamente, as operadoras de planos de saúde preferem os planos coletivos porque esta modalidade sofre menor controle da ANS. Se mantida essa tendência, quem sairá perdendo é o consumidor, que ficará submetido a reajustes de preços sem qualquer controle por parte da agência. Acrescente-se a questão da rescisão contratual, seja pela pessoa jurídica à qual se encontra vinculado, seja unilateralmente pela operadora, caso esta julgue que o contrato não é mais lucrativo. Além disso, o acesso aos planos coletivos pode representar uma barreira para usuários que não contam com uma pessoa jurídica a quem recorrer.

Quanto à não intervenção nos reajustes, a agência apregoa que nos contratos coletivos ocorre negociação entre duas pessoas jurídicas, com suposta paridade de forças, não sendo, portanto, necessária a sua atuação. Com esse comportamento, a ANS desrespeita a lei que definiu sua criação (Lei 9.961/00), que determina como sua atribuição regular os planos de saúde, não fazendo qualquer distinção ou exceção quanto ao tipo de contrato – se coletivo, individual, antigo ou novo.

## **6. Observações iniciais sobre a metodologia de reajuste proposta pela ANS**

---

<sup>2</sup> V. Ata da 1ª Reunião da Câmara Técnica de Reajuste de Planos de Saúde, ocorrida em 1/7/10, linhas 240 e 241.

Preliminarmente, observamos que as considerações abaixo são apenas iniciais, posto que calcadas somente em um documento de apresentação em *power point* da proposta de novo método indicado pela ANS. Absurdamente, nenhum outro documento foi disponibilizado à sociedade.

No tocante ao modelo proposto pela agência, avaliamos que contém elementos extremamente subjetivos e de difícil conceituação.

Ademais, partimos da premissa que para a definição do fator de produtividade, indicado pela agência como uma das variáveis da metodologia apresentada, seria necessário utilizar indicadores de qualidade. Todavia, entendemos que a ANS está adotando o caminho inverso, na medida em que pretende implementar o novo método de reajuste sem previamente estabelecer alguns critérios que correspondem à base para a construção desses indicadores.

Podemos citar como exemplo a falta de critérios claros sobre a qualidade da rede assistencial das operadoras. Como avaliar a eficiência da operadora sem a definição de regulação eficaz que indique o conceito de uma rede ideal?

A ausência de definições relacionadas às regras sobre rede credenciada, bem como sobre o mecanismo de acesso a rede, demonstram que não há base para construção de indicadores que possam corresponder à eficiência na atuação da operadora neste aspecto. Não há conceitos e critérios mínimos para avaliação da qualidade das redes, como por exemplo, no que se refere à quantidade de hospitais e leitos suficientes para o atendimento eficaz ao consumidor, número de prestadores de serviços e especialistas por localidade, bem como sobre o número total de beneficiários da carteira e o número de beneficiários em relação ao número de prestadores.

Ainda em relação ao cálculo de X, que na fórmula apresentada pela ANS corresponderia ao fator de produtividade, ressaltamos desde já que consideramos insuficientes os dados levantados pela agência no Programa de Qualificação da Saúde Suplementar – Qualificação das Operadoras.

Em novembro de 2009, a Fundação Procon SP apresentou suas contribuições sobre a minuta referente aos indicadores do Programa e, na ocasião, destacou-se a necessidade da criação de meios que favoreçam a apresentação e discussões mais aprofundadas, de modo a garantir a participação mais qualificada e efetiva.

No referido trabalho, sobre a Qualificação das Operadoras, o Procon SP apontou que:

*“Com relação ao peso atribuído para as quatro dimensões indicadas na minuta, avaliamos que a distribuição não é a adequada, uma vez que a dimensão especificada no item 4, que trata da satisfação dos beneficiários, apresenta somente três indicadores.*

*(...)*

*Quanto ao critério de permanência na operadora (itens 4.1 e 4.2 da Minuta), considerados pela ANS, observamos que o motivo de permanência do beneficiário no plano, não necessariamente revela sua satisfação com a operadora. O consumidor pode permanecer no plano, por exemplo, simplesmente pelo fato de não preencher os critérios para portar carências, ou em decorrência do preço inicial, o que pode não significar satisfação com os serviços prestados”.*

Outro aspecto que causa preocupação, no que concerne à nova metodologia de reajuste, é o do repasse de custos por meio do fator exógeno. A depender da escolha da ANS para cálculo do índice setorial (*I<sub>s</sub>*), este já embutirá fatores exógenos que afetam o sistema. Assim, poderá ocorrer a duplicidade de repasse do custo de um mesmo evento – por exemplo, da ampliação do rol de procedimentos – resultando tanto na aplicação do índice setorial (*I<sub>s</sub>*) como na aplicação do fator *Y*, correspondente ao fator exógeno no modelo.

### **Considerações finais**

Diante do exposto, resta clara a necessidade de mudanças na metodologia das discussões sobre o tema, com o objetivo de garantir o acesso a informações sólidas no processo regulatório, o efetivo debate e o amadurecimento de propostas.

A adoção de uma metodologia transparente requer definições e informações claras, que tenham por base o mapeamento, a estruturação do setor e projeções capazes de demonstrar a sustentabilidade dos consumidores neste mercado.

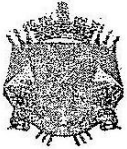
Considerada a forma como o debate se deu até o momento e as preocupações anteriormente apontadas, encerramos nossa contribuição

pontuando questões sobre as quais a ANS precisa se debruçar para a elaboração de metodologia de reajuste de planos de saúde adequada para a saúde brasileira:

1. A ANS providenciou algum estudo econômico financeiro que avalie a sustentabilidade do mercado (global e por faixas etárias) no médio e longo prazo em face do crescente descompasso entre os reajustes dos planos e as variações do INPC e o IPCA, balizadores do poder de compra e da capacidade de pagamento do consumidor brasileiro?
2. Para sustentar tais análises, a ANS conta com dados históricos (desde 2000) e projeções que consideram gastos *versus* renda familiar per capita, por faixa etária? Em caso positivo, as projeções abrangem qual período de tempo?
3. A ANS já realizou algum estudo relacionado aos impactos do crescente ingresso de consumidores de baixa renda no mercado, objetivando a sustentabilidade no médio e longo prazo?
4. O que a ANS tem feito no sentido de compatibilizar os objetivos da legislação antitruste com as determinações regulatórias?
5. Como a ANS tem interagido com órgãos responsáveis pela defesa da concorrência, objetivando o controle dos mecanismos garantidores da sustentabilidade do livre mercado?
6. A ANS avalia que a aplicação de índices com aumentos indefinidamente acima da inflação garantem a sustentabilidade do mercado de saúde suplementar, tendo em vista a redução do poder de compra do consumidor?
7. A ANS preparou alguma projeção de longo prazo para avaliar o quanto a metodologia proposta ficará acima da inflação nos próximos 30 anos?
8. A metodologia proposta terá algum limite máximo de estabelecido para o reajuste?
9. Como a metodologia proposta irá contribuir para a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar de acordo com a mudança no perfil da carteira de beneficiados?

10. A ANS tem dados referentes à relação entre operadoras de planos de saúde e suas prestadoras de serviços na composição dos custos do segmento, e como essa relação tem afetado os reajustes ora em discussão?

Anexo



**PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE ITU  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO**

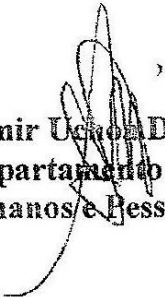
Itu, 22 de junho de 2010.

Comunicado

Comunicamos que o aumento do Plano de Saúde da Intermédica em março de 2010 foi de 25%, e que além disso, houve um aporte de R\$ 127.000,00 que será pago pelos usuários do plano, parcelado em 10x, a partir de junho/10.

Informamos que este aumento deve-se a sinistralidade do plano, ou seja, aumento dos procedimentos ambulatoriais, consultas e exames e também pelo aumento de consultas e exames marcados com desistência dos usuários.

Dúvidas, favor entrar em contato com o Departamento Pessoal da Prefeitura.

  
Ademir Uchoa Dias  
Diretor do Departamento de Recursos  
Humanos e Pessoal

São Paulo, 24 de junho de 2010

Ref.: Reajuste no valor mensal do seu plano de saúde



Prezado(a) Beneficiário(a),

O comportamento sistemático da inflação médica, sempre acima dos índices gerais de inflação, bem como a segunda ampliação no "Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde" da ANS – agregando cobertura para 57 novos procedimentos, dos mais variados graus de complexidade –, levaram as operadoras a elevar suas projeções de custos, tanto do ponto de vista de recomposição quanto de impacto futuro.

Foi nesse cenário que a Sul América Seguro Saúde S.A. nos pleiteou, originalmente, um índice de reajuste de **19,17%** (dezenove inteiros e dezessete centésimos por cento) para o plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, mantido pela Caixa de Assistência dos Advogados de São Paulo (CAASP) e gerido pela Qualicorp Administradora de Benefícios.

Nesse contexto, a CAASP e a Qualicorp imediatamente interferiram e não pouparam esforços para reduzir o índice pleiteado e assegurar a melhor condição possível em prol dos beneficiários.

Assim, comunicamos que, após intensa negociação com a seguradora, conseguimos fixar o índice de reajuste em **7,13%** (sete inteiros e treze centésimos por cento) para o referido benefício, que incidirá sobre todos os preços, planos e faixas etárias. O reajuste também readequará, no mesmo percentual (7,13%), o coeficiente de cálculo para todos os reembolsos referentes aos atendimentos prestados por meio da livre escolha de prestadores médicos.

Independentemente da data de adesão de cada beneficiário ao contrato coletivo, o reajuste será aplicado a partir do pagamento referente ao mês de **julho de 2010**. Porém, uma vez que a negociação acabou por demandar um tempo maior que o previsto, **excepcionalmente no mês de julho de 2010 os pagamentos via boleto bancário que seriam feitos do dia 30 (trinta) de junho ao dia 5 (cinco) de julho poderão ser efetuados até o dia 6 (seis) de julho.**

Solicitamos que este reajuste, previsto em contrato, respeite as regras e a periodicidade definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para os contratos coletivos por adesão.

Temos a convicção de que cumprimos nosso objetivo de defender os interesses dos beneficiários, na medida em que conseguimos negociar um índice de reajuste o menos oneroso possível, sem deixar de zelar pela viabilidade econômica-financeira da carteira e, por extensão, pela preservação dos benefícios conquistados, que continuam sendo significativos e vantajosos, sobretudo quando comparados às alternativas do mercado de saúde suplementar.

Em caso de dúvidas, permaneceremos à sua disposição por meio dos nossos canais de atendimento indicados abaixo.

Atenciosamente,

Adriano Lantini  
Diretor de Relacionamento com o Cliente  
Qualicorp Administradora de Benefícios

ANS Nº 457523

Dr. Fábio Romeu Canton Filho  
Presidente  
Caixa de Assistência dos Advogados de São Paulo



Importante ressaltar, ainda, que já há decisões judiciais afastando reajustes considerados abusivos e o repasse da sinistralidade:

**1. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, Quinta Câmara Cível, Apelação Nº 70018525600, 26 de novembro de 2007, votação unânime.**

***EMENTA: Plano de Saúde. Revisão. Redimensionamento da forma de reajuste do plano coletivo para, por isonomia, observar o índice aplicado ao plano individual.***

*RELATÓRIO: Plano de saúde (Golden Cross) aplicou reajuste de 45,99% aos beneficiários de contrato coletivo (em dezembro de 2004), sem qualquer motivação plausível, mormente quando os planos individuais, no mesmo período, foram reajustados em apenas 11,75%. Consumidora ajuizou ação revisional, individualmente.*

*DECISÃO: O Tribunal manteve decisão de 1ª instância que afastou o percentual de 45,99% e aplicou o percentual definido para os planos individuais: “Por critério de igualdade, isonomia, é de se adotar o percentual inferior, de 11,75% (...) a economia pátria encontrar-se em período de baixos índices inflacionários, inferior, mesmo, no lapso de um ano, a dito percentual adotado pela ré”.*

*FUNDAMENTAÇÃO: “ (...) verifica-se que a Cláusula XIII, que estipula a possibilidade de atualização monetária, não prevê qual o índice a ser utilizado pela fornecedora. Dita condição contratual não pode vicejar, porquanto flagrantemente abusiva ao colocar a fixação de valores ao arbítrio do fornecedor, retirando do consumidor qualquer possibilidade de controle e mesmo conhecimento prévio do indexador a ser usado. A alteração unilateral do valor da prestação não é admissível dentro do microsistema consumerista. A cláusula em questão subsume-se, assim, na previsão do CDC, 51, X e XV, mais a regra do Par. Primeiro, III (onerosidade excessiva). Igual abusividade há, inclusive, no que pertine à adoção da “alteração no nível da sinistralidade”. Novamente, o consumidor encontra-se alijado do*

*entendimento de como se alcança dito nível ou índice, cujo cálculo lhe refoge completamente, herméticos os meios pelos quais são definidos os fatores da “sinistralidade”. Esta é, em última instância, outra forma de se manter a variação do preço ao nuto do fornecedor”.*

**2. Tribunal de Justiça de São Paulo, Quinta Câmara Cível, Apelação com Revisão nº 539.797-4/6-00, 11 de fevereiro de 2009, votação unânime.**

***EMENTA: Consignação em Pagamento. Plano de Saúde Coletivo. Finalidade social do contrato. Sinistralidade. Majoração da mensalidade acima do limite do índice estabelecido pela ANS. Inadmissibilidade. Contrato Coletivo. Irrelevância. Encargos suportados por pessoas físicas. Cláusula contratual abusiva. Apelo desprovido.***

*RELATÓRIO: Ação de consignação em pagamento promovida por beneficiários em face de Unimed Jundiaí Cooperativa de Trabalho Médico que majorou em 40% o valor da prestação.*

*DECISÃO: Determinou a aplicação do percentual de 8,89% estabelecido pela ANS para contratos individuais.*

*FUNDAMENTAÇÃO: “(...)evidencia-se a abusividade da cláusula que prevê o aumento das mensalidades em razão do índice de sinistralidade. Referida cláusula contratual possui manifesto caráter potestativo contrariando expressamente os ditames do Código de Defesa do Consumidor, mais precisamente o art. 51, X, da Lei de Consumo. É mister ressaltar que o fato de a ANS - Agência Nacional de Saúde não haver fixado índice de reajuste para contratos coletivos, não significa que para os mesmos devam ocorrer reajustes desproporcionais quando comparados aos contratos firmados diretamente com pessoas físicas”.*

**3. Tribunal de Justiça de Minas Gerais, Décima Quarta Câmara Cível, Apelação Nº 1.0024.06.197815-1/001, 10 de janeiro de 2008, votação unânime.**

***EMENTA: A variação unilateral de mensalidades, pela transferência dos valores de aumento de custos, enseja o***

**enriquecimento sem causa da empresa prestadora de serviços de saúde, criando uma situação de desequilíbrio na relação contratual, ferindo o princípio da igualdade entre partes. O reajuste da contribuição mensal do plano de saúde em percentual exorbitante e sem respaldo contratual, deixado ao arbítrio exclusivo da parte hipersuficiente, merece ser taxado de abusivo e ilegal.**

*RELATÓRIO: Operadora Qualimed LTDA aplicou reajuste de 583,57% à mensalidade do contrato firmado com Microempresa, após um ano da data da contratação. Cumpre destacar que quando o contrato foi firmado, em junho de 2005, a operadora calculou o valor da contribuição mensal em R\$135,80. Ação foi ajuizada em nome da Microempresa.*

*DECISÃO: O Tribunal manteve a decisão de 1ª instância que afastou o reajuste por sinistralidade e determinou a aplicação do IGP-M para o reajuste anual, conforme estabelecia o contrato.*

*FUNDAMENTAÇÃO: “(...)Ora, se a apelante calculou mal a mensalidade que seria devida, não pode, valendo-se de novo estudo atuarial, pretender a majoração unilateral da contribuição, em desacordo com as regras contratuais que apenas admitem o reajuste em períodos anuais.” Além disso, os índices de SINISTRALIDADE não podem ser considerados como causas de aumento da mensalidade, por serem fatores que não permitem ao consumidor o pleno conhecimento dos motivos do aumento. (...) Assim, cabia à apelante reajustar o contrato apenas com base no IGPM, e não alterar a contribuição em percentual flagrantemente abusivo”.*