

Recentemente, lançamos a cartilha “[Reajuste dos Planos de Saúde](#)” com o objetivo de explicar de forma simples como funciona o processo para os planos de saúde: quando o reajuste pode ser aplicado, para que serve a divisão por faixas etárias e porque ela impacta no cálculo, pacto intergeracional etc.

Nesse sentido, uma das questões que mais causa controvérsia é a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na regulação dos reajustes. Para quem acompanha o setor pode ser claro, mas ainda há muitas pessoas, inclusive beneficiários, que não conhecem a regra: a ANS determina o reajuste máximo a ser aplicado para planos individuais/familiares e para planos coletivos com menos de 30 vidas. A ideia é simples. O agente regulador se envolve quando as partes não têm condições isonômicas de negociar. Quando só há grandes instituições envolvidas, como as empresas ou entidades de classe e as Operadores de Planos de Saúde (OPS) – nos planos coletivos empresariais e por adesão com 30 vidas ou mais –, a negociação de reajuste é livre entre as partes.

Claro, esse também é um ponto de discórdia. Nas últimas semanas, o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea) tem sido a voz mais ativa nessa queixa, replicada em diversas reportagens. Segundo a entidade, a agência deveria regular, também, o teto do reajuste para esses planos. Embora não nos caiba fazer uma defesa da entidade ou mesmo do setor, nos cabe ponderar sobre a crítica. Afinal, nossa função é gerar e disseminar conhecimento para possibilitar o aperfeiçoamento do setor.

Por isso, além de acreditarmos que a ingestão pública no mercado poderia ser prejudicial à sustentabilidade econômico-financeira não das OPS, mas do setor de saúde suplementar, queremos pontuar um erro conceitual que tem se replicado em diversas reportagens sobre o tema: a comparação entre o reajuste permitido pela ANS e os índices de inflação, sejam os gerais, como o IPCA ou os específicos, como o IPCA Saúde.

Isso porque esses índices de inflação aferem apenas a variação de preços em uma cesta de produtos em determinado tempo. Por exemplo, demonstrando quanto subiu o preço do quilo do feijão de um ano para o outro. Por outro lado, a variação de custos médico-hospitalares (VCMH) flutua em função não apenas dos preços dos “produtos” (exames, consultas, terapias, OPMEs etc.), mas da frequência de uso desses itens. Como já explicamos [aqui](#).

Sem esticar ainda mais o assunto, cabe reforçar que o modelo não é uma “jabuticaba” e, inclusive, ter [VCMH maior que inflação não é exclusividade do Brasil](#).

**Fonte:** IESS, em 20.05.2019.