



Poder Judiciário
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 3ª REGIÃO

AGRAVO DE INSTRUMENTO (202) Nº 5013188-23.2018.4.03.0000

RELATOR: Gab. 09 - DES. FED. NELTON DOS SANTOS

AGRAVANTE: ANS AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR

AGRAVADO: INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

Advogados do(a) AGRAVADO: CHRISTIAN TARIK PRINTES - SP316680, FLAVIO SIQUEIRA JUNIOR - SP284930

D E C I S Ã O

Trata-se de agravo de instrumento interposto pela **Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**, inconformada com a decisão proferida nos autos da ação civil pública de n.º 5010777-40.2018.403.6100, ajuizada pelo **Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC**, e em trâmite perante o **Juízo Federal da 22ª Vara de São Paulo, SP**.

Alega a agravante que:

a) de acordo com o disposto no § 2º do art. 35-E da Lei n.º 9.656/98, c. c. o inc. XXVII do art. 4º da Lei n.º 9.961/00, todo ano divulga o índice de reajuste máximo autorizado para os planos individuais/familiares, cujo *“cálculo desse índice é feito pela ANS a partir da média ponderada dos reajustes aplicados aos planos coletivos. Trata-se da aplicação de uma metodologia conhecida na literatura econômica de regulação como Yardstick Competition”* (ID 3303705, p. 11), de modo que *“a metodologia para determinação do índice máximo de reajuste da ANS é amparada em estudos internacionais que legitimam todos os percentuais já autorizados”* (ID 3303705, p. 13);

b) *“nos anos de 2009, 2013 e 2015, no cálculo do índice de reajuste dos planos individuais/familiares, a média ponderada dos planos coletivos foi acrescida de fatores exógenos (externos)”*



nos respectivos índices de 1,1%, 0,77% e 1,00%. Em outras palavras, após a aferição da média ponderada dos reajustes dos planos coletivos, a ANS acrescentou 1,1% no ano de 2009, 0,77% no ano 2013 e 1,00% no ano de 2015, para que o reajuste naqueles anos pudesse refletir e suportar o impacto de outros custos que não eram aferidos nos reajustes de planos coletivos comunicados” (ID 3303705, p. 13);

c) tal acréscimo não representa dupla incidência sobre o índice de reajuste, uma vez que diz respeito a valores inerentes a fatores exógenos (externos), os quais *“não foram levados em consideração no reajuste dos planos coletivos, mas que precisam ser considerados no reajuste dos planos individuais”* (ID 3303705, p. 13);

d) a metodologia para identificar mudanças na tendência de despesas das operadoras foi criada em 2009, e foram denominados como fatores exógenos aqueles eventos que não eram identificados nos reajustes comunicados à ANS, mas cujo acréscimo aos planos individuais/familiares justificava-se para refletir o impacto dos custos dos procedimentos incrementados ao rol de serviços e eventos em saúde, que não foram considerados na composição dos preços de entrada dos beneficiários dos planos;

e) é equivocado comparar-se o Índice de Preços Amplo – IPCA, do IBGE, aos índices de reajustes autorizados aos planos de saúde, uma vez que aquele é representativo de preços, ao passo que este leva em conta a variação de custos;

f) *“o IPCA é um índice de preço que engloba uma gama de serviços e produtos distintos dos serviços de saúde, abrangendo serviços cujos custos diminuem à medida que a tecnologia empregada avança, enquanto na saúde a evolução tecnológica produz, inicialmente, efeito inverso, ou seja, torna o custo mais oneroso”* (ID 3303705, p. 19);

g) até o momento, não houve uma diferença acentuada entre os reajustes autorizados e a Variação dos Custos Médicos Hospitalares apurada no período, *“o que demonstra a justeza dos reajustes até então autorizados pela ANS para manter o necessário equilíbrio na política de reajustes”* (ID 3303705, p. 20);

h) após a recepção, os dados relativos aos reajustes de planos coletivos são monitorados e verificados, sendo adotadas medidas corretivas diante de alguma inconsistência, não apenas para fins do cálculo do reajuste dos planos individuais/familiares, mas também como forma de regulação dos reajustes praticados nos planos coletivos;

i) não ficou demonstrada pelo Tribunal de Contas da União – TCU qualquer falha na metodologia do cálculo do reajuste, não tendo sido acolhida a tese do “duplo impacto”, sendo que *“o próprio ministro relator do TCU admite que o parecer da Secretaria de Controle Externo – Secex Saúde do TCU não é conclusivo acerca do tema”* (ID 3303705, p. 25), tampouco houve qualquer determinação por aquele órgão para recálculo dos reajustes, cujo parecer *“foi tomado a partir de mera suposição”* (ID 3303705, p. 25);



j) a alegação quanto à existência de “duplo impacto dos fatores exógenos dos planos individuais” não está comprovada, seja por ausência de cálculos, seja por qualquer elemento técnico a embasar tal assertiva;

k) não estão presentes os elementos que autorizam a concessão da medida liminar, havendo, sim, *periculum in mora* inverso, porquanto a manutenção da liminar causará grave lesão à regulação, à saúde e à segurança jurídica, com desequilíbrio na equação econômico-financeira dos planos de saúde individuais.

Ao argumento de que a matéria debatida é complexa, necessitando da análise de provas técnicas e de falta de urgência, pleiteia a agravante a suspensão da decisão recorrida.

É o relatório. Decido.

O MM. Juiz “a quo” deferiu o pedido de liminar, entendendo que a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS teria autorizado a aplicação, pelas empresas operadoras de planos de saúde, de índices de reajuste excessivos, em detrimento do consumidor.

Parece inquestionável que tais reajustes não possam ser pautados índices inflacionários. Fosse isso possível, o papel da agência reguladora, nesse aspecto, seria praticamente nulo, visto que bastaria uma norma que vinculasse os reajustes dos planos de saúde a esse ou aquele índice inflacionário.

A questão dos reajustes dos planos de saúde é muito mais complexa, envolvendo aspectos técnicos que não podem ser desprezados. O próprio juiz “a quo”, aliás, admite que são necessários maiores estudos, audiências e consultas públicas, não se podendo descartar, outrossim, eventual prova pericial.

De outra parte, a decisão recorrida reconhece “*que o constante avanço da tecnologia traz a possibilidade de realização de exames médicos mais sofisticados e de alto custo, bem como cirurgias de alta complexidade em hospitais que se utilizam de profissionais e equipamentos de ponta, o que, consequentemente enseja o reajuste anual dos planos de saúde por índice diferenciado o índice geral de custo*”. Mesmo assim, a conta de que não podem ser autorizados reajustes “excessivos”, o e. magistrado determinou, em caráter provisório, que os reajustes se limitem à variação da inflação do setor de saúde e cuidados pessoais do IPCA-IBGE.



Com a devida vênia, se a questão é complexa a ponto de exigir igualmente complexas diligências; e se se reconhece que os reajustes dos planos de saúde não se vinculam à variação inflacionária, para que melhor seria ter indeferido a medida liminar.

Acrescente-se, ainda, que é bastante abstrato o conceito de “reajustes excessivos”, de sorte que a decisão haveria de ponderar sobre suas consequências práticas, nos termos do art. 20 da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro. Nesse ponto, é importante frisar que a intervenção judicial, nos termos em que realizada pela decisão recorrida, tem grande probabilidade de não ser confirmada na sentença, pois muito dificilmente coincidirão os índices de reajustes devidos com os da variação da inflação do setor de saúde e cuidados pessoais.

Assim, não é de se descartar que, a final, haja significativo descompasso entre tais índices, inclusive em prejuízo dos consumidores, que terão sido induzidos a reputar correto o percentual fixado na decisão e, depois, haverão de suportar os talvez pesados ajustes que decorrerão do cumprimento da sentença.

Por último, destaque-se que a r. decisão agravada não evidencia quadro de urgência a justificar a liminar, o que seria de rigor, nos termos do art. 300 do Código de Processo Civil.

Diante de tudo isso, mais acertado parece instruir o feito e, somente ao depois, intervir judicialmente, se for o caso.

Ante o exposto, suspendo os efeitos da decisão agravada.

Intime-se o agravado para oferecer sua resposta.

Após, abra-se vista à d. Procuradoria Regional da República.

ID 3357422. Intime-se a petionária Unimed do Brasil - Confederação Nacional das Cooperativas Médicas a comprovar que, no feito principal, foi admitida a atuar como "amicus curiae". Somente após tal comprovação é que poderá intervir neste procedimento recursal.

São Paulo, 22 de junho de 2018.

