



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS, ESTRATÉGIAS E
DESENVOLVIMENTO (PPED)

Dominic Bigate Lourenço

**A trajetória da regulação dos regimes de contratação de planos de saúde: da
predominância de planos coletivos à escassez de planos individuais ou familiares.**

RIO DE JANEIRO
Dezembro/2020

Dominic Bigate Lourenço

A TRAJETÓRIA DA REGULAÇÃO DOS REGIMES DE CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE: DA PREDOMINÂNCIA DE PLANOS COLETIVOS À ESCASSEZ DE PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento.

Orientadora: Maria Lúcia Werneck Vianna

Rio de Janeiro - RJ
Dezembro/2020

FICHA CATALOGRÁFICA

L892 Lourenço, Dominic Bigate.

A trajetória da regulação dos regimes de contratação de planos de saúde: da predominância de planos coletivos à escassez de planos individuais ou familiares / Dominic Bigate Lourenço. – 2020.

167 f.; 31 cm.

Orientadora: Maria Lúcia Teixeira Werneck Vianna.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento, 2020.

Bibliografia: f. 146 – 155.

1. Saúde suplementar. 2. Regulação – Setor de saúde. 3. Planos de saúde. I. Vianna, Maria Lúcia Teixeira Werneck, orient. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Economia. III. Título.

CDD 368.382

A TRAJETÓRIA DA REGULAÇÃO DOS REGIMES DE CONTRATAÇÃO DE PLANOS
DE SAÚDE: DA PREDOMINÂNCIA DE PLANOS COLETIVOS À ESCASSEZ DE
PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES.

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Políticas
Públicas, Estratégias e Desenvolvimento
do Instituto de Economia da Universidade
Federal do Rio de Janeiro, como
requisito parcial para a obtenção do título
de Mestre em Políticas Públicas,
Estratégias e Desenvolvimento.
Aprovada em 09 de dezembro por:

Dra. Maria Lúcia Werneck Vianna (Orientadora)

Dra. Lígia Bahia (Membro Externo Titular)

Dra. Célia de Andrade Lessa Kerstenetzky (Membro Interno Titular)

DEDICATÓRIA

*Aos meus amados pais, Amilton e Marlene,
que me ensinaram o poder transformador da
educação e se dedicaram arduamente para que eu
pudesse chegar até aqui.*

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento especial à minha orientadora, Maria Lúcia Werneck Vianna, por ter aceitado o desafio de me guiar pelas águas nem sempre calmas da pesquisa acadêmica.

Agradeço a todos os professores, funcionários e colegas do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, por me acompanharem nessa jornada de aprendizado.

Agradeço também aos colegas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que me incentivaram e estiveram ao meu lado para que esse projeto se tornasse realidade, sendo impossível enumerá-los.

Aos amigos que fiz no PPED, que estiveram comigo nessa viagem de conhecimento, trazendo incontáveis momentos de alegria e que levo comigo para toda a vida.

Agradeço a meus familiares e amigos que tiveram paciência comigo nesse período, em especial à minha irmã Ianic Bigate Lourenço, que tantos conselhos e orientações me deu, e ao meu irmão, Amilton Lourenço Junior, por estar sempre ao meu lado.

E agradeço às instituições ANS e Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro por terem me dado a oportunidade de realizar este trabalho.

RESUMO

LOURENÇO, D.B. (2019). A trajetória da regulação dos regimes de contratação de planos de saúde: da predominância de planos coletivos à escassez de planos individuais ou familiares. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento (PPED). Instituto de Economia (IE), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro: dezembro, 2020.

Trata-se de dissertação de mestrado a respeito da influência da trajetória da regulação de saúde suplementar, pós edição do marco regulatório setorial, sobre os regimes de contratação de planos de saúde ofertadas no mercado. Considerando o contexto de surgimento do setor suplementar de saúde no Brasil, bem como aspectos relacionados a políticas regulatórias, verifica-se a predominância de contratos coletivos, vinculados ao mercado formal de trabalho, resultando, atualmente, em escassa oferta de planos individuais ou familiares. A falta de planos individuais ou familiares implica em dificuldades de acesso à contratação por consumidores que não tenham trabalho formal, levando a formas mais vulneráveis de contratação que podem afetar a assistência prestada, dentre outras consequências. Dessa forma, a pesquisa objeto do presente trabalho teve por alvo identificar se a regulação de saúde suplementar impactou a oferta dos tipos de contratação, levando à preponderância de planos coletivos empresariais em detrimento de outras modalidades. Para tanto, foi utilizada metodologia qualitativa, baseada em análise de documentos oficiais e elaboração de série histórica dos planos registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os quais servem de *proxy* do comportamento do mercado na oferta de produtos. Desse modo, objetiva-se concluir como a trajetória da regulação de saúde suplementar pode ter impactado a oferta de planos de saúde no que concerne aos regimes de contratação, levando ao cenário de predominância de planos coletivos e escassez de oferta de planos individuais ou familiares.

Palavras-chave: saúde suplementar; planos coletivos; planos individuais ou familiares; trajetória; regulação; ANS.

ABSTRACT

LOURENÇO, D.B. (2019). The trajectory of the regulation of health insurance contracting modalities: from the predominance of collective plans to the scarcity of individual or family plans. Master Dissertation Project of the Postgraduate Program in Public Policies, Strategies and Development (PPED). Institute of Economics (IE), Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro: december, 2020.

This is a master's dissertation about the influence of the trajectory of supplementary health regulation, after the edition of the sectoral regulatory framework, on the modalities of contracting health plans offered in the market. Considering the context of the emergence of the supplementary health sector in Brazil, as well as aspects related to regulatory policies, there is a predominance of collective agreements, linked to the formal labor market, currently resulting in scarce supply of individual or family plans. The lack of individual or family plans leads to difficulties in access to hiring by consumers who do not have formal work, leading to more vulnerable forms of hiring that may affect the assistance provided, among other consequences. Thus, the research object of the present study aims to identify whether supplementary health regulation has impacted the supply of hiring modalities, leading to the preponderance of collective business plans over other modalities. For this, a qualitative methodology will be used, based on analysis of official documents and elaboration of historical series of plans registered with the National Supplementary Health Agency (ANS), which serve as a proxy for market behavior in the supply of products. Thus, the objective is to conclude how the trajectory of supplementary health regulation may have impacted the offer of health plans with regard to hiring schemes, leading to the scenario of predominance of collective plans and shortage of offer of individual or family plans.

Keywords: supplementary health; collective plans; individual or family plans; trajectory; regulation; ANS.

LISTAS DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ABRAMGE	Associação Brasileira das Medicinas de Grupo
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIR	Análise de Impacto Regulatório
AMB	Associação Médica Brasileira
ANA	Agência Nacional de Águas
ANAC	Agência Nacional de Aviação Civil
ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
ANCINE	Agência Nacional do Cinema
ANEEL	Agência Nacional de Energia Elétrica
ANP	Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANTAQ	Agência Nacional de Transportes Aquaviários
ANTT	Agência Nacional de Transportes Terrestres
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CASSI	Caixa de Aposentadoria e Pensão dos funcionários do Banco do Brasil
CF/88	Constituição Federal de 1988
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
CPT	Cobertura Parcial Temporária
CSS	Câmara de Saúde Suplementar
DESAS	Departamento de Saúde Suplementar
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS
DIFIS	Diretoria de Fiscalização da ANS
DIGES	Diretoria de Gestão da ANS
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS
DIPRO	Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
IN	Instrução Normativa
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IRPJ	Imposto de Renda Pessoa Jurídica
IS	Instrução de Serviço
LOPs	Lei Orgânica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NTRP	Nota Técnica de Registro de Produto

NUDECON	Núcleo de Defesa do Consumidor da Defensoria Pública do estado do Rio de Janeiro
OPS	Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Projeto de Lei
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PROCONs	Proteção e Defesa do Consumidor
PSL	Partido Social Liberal
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RE	Resolução Especial
RFB	Receita Federal do Brasil
RN	Resolução Normativa
RO	Resolução Operacional
RPS	Sistema de Registro de Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar
RR	Resolução Regimental
SIB	Sistema de Informação de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar
SN	Súmula Normativa
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução do número de operadoras de planos de saúde em atividade (Brasil - 1999 a 2019)	52
Gráfico 2 – Evolução do número de beneficiários e de operadoras de planos de saúde médico-hospitalares (Brasil – 2000 a 2019)	53
Gráfico 3 – Distribuição de beneficiários por modalidade de operadora (Brasil - dezembro/2019)	57
Gráfico 4 – Evolução de vínculos de beneficiários em planos coletivos empresariais médico-hospitalares (milhões) (Brasil - 2000 a 2019)	68
Gráfico 5 – Distribuição etária dos beneficiários de planos coletivos empresariais (Brasil - novembro/2019)	68
Gráfico 6 – Evolução de registros, cancelamentos e suspensões dos planos coletivos empresariais (Brasil - 1999 a 2018)	69
Gráfico 7 – Variação percentual no registro de planos coletivos empresariais com mecanismos financeiros de regulação (Brasil - 1998 a 2018)	71
Gráfico 8 – Evolução de vínculos de beneficiários em planos coletivos por adesão médico-hospitalares (milhões) (Brasil - 2000 a 2019)	74
Gráfico 9 – Distribuição etária dos beneficiários de planos coletivos por adesão (Brasil – novembro/2019)	75
Gráfico 10 – Evolução de registros, cancelamentos e suspensões dos planos coletivos por adesão (Brasil - 1999 a 2018)	76
Gráfico 11 – Variação percentual no registro de planos coletivos por adesão com mecanismos financeiros de regulação (Brasil- 1998 a 2018)	77
Gráfico 12 – Evolução de vínculos de beneficiários em planos individuais ou familiares médico-hospitalares (milhões) (Brasil - 2000 a 2019)	81
Gráfico 13 – Distribuição etária dos beneficiários de planos individuais ou familiares (Brasil – novembro/2019)	82
Gráfico 14 – Evolução de registros, cancelamentos e suspensões dos planos individuais ou familiares (Brasil – 1999 a 2018)	83
Gráfico 15 – Variação percentual no registro de planos individuais ou familiares com mecanismos financeiros de regulação (Brasil - 1998 a 2018)	86
Gráfico 16 – Vínculos de beneficiários de planos de assistência médica por regime de contratação (Brasil - 2000 a 2019).....	88
Gráfico 17 - Taxa de rotatividade dos beneficiários de planos de assistência médica, por tipo de contratação do plano, segundo modalidade da operadora (Brasil - março/2019)	89
Gráfico 18 – Vínculos de beneficiários de planos de assistência médica por regime de contratação e número de empregos com carteira assinada (Brasil – 2000 a 2018)	91

Gráfico 19 – Percentual de beneficiários por faixa etária e regime de contratação (Brasil – novembro/2019)	92
Gráfico 20 – Evolução dos registros de planos novos por regime de contratação (Brasil - 1998 a 2018)	95
Gráfico 21 – Evolução de suspensões e cancelamentos de planos novos por regime de contratação (Brasil - 1999 a 2018)	96
Gráfico 22 – Evolução percentual no registro de planos por regime de contratação (Brasil – 1998 a 2018)	130
Gráfico 23 – Relação entre a trajetória de registros de produtos e a regulamentação da saúde suplementar (Brasil – 1998 a 2018)	134
Gráfico 24 – Relação entre a trajetória de suspensões e cancelamentos de produtos e a regulamentação da saúde suplementar (Brasil – 1999 a 2018)	135
Gráfico 25 – Problemas, regulamentação e efeitos da atual oferta de regimes de planos de saúde (Brasil - 2019)	141

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Diretorias da ANS.....	40
Quadro 2 – Principais atores na saúde suplementar no Brasil.....	45
Quadro 3 – Principais características dos regimes de contratação de planos de saúde.....	49
Quadro 4 – Modalidades de operadoras.....	54
Quadro 5 - Instrumentos normativos selecionados para o estudo.....	100
Quadro 6 – Documentos da ANS selecionados para o estudo.....	111

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Vínculos de beneficiários de planos de saúde por regime de contratação (Brasil – dezembro/2019)	21
Tabela 2 – Planos ativos para comercialização por tipo de contratação (Brasil – novembro/2019).....	26
Tabela 3 – Número de operadoras por modalidade (Brasil - dezembro/2019)	57
Tabela 4 – Distribuição de planos individuais ou familiares ativos, com cobertura médico-hospitalar, por município (Brasil - novembro/2019)	84
Tabela 5 – Planos individuais ou familiares novos e ativos por modalidade de operadora (Brasil - novembro/2019)	84
Tabela 6 – Taxa de crescimento (%) do número de beneficiários em relação a setembro do ano anterior (Brasil – 2001 a 2019)	88
Tabela 7 – Distribuição de beneficiários por contratos coletivos (Brasil – dezembro/2019)	94

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Contextualização e Formulação do Problema.....	19
1.2 Objetivos	22
1.2.1 Objetivo Geral	22
1.2.2 Objetivos Específicos.....	22
1.3 Justificativas.....	23
2 FUNDAMENTOS CONCEITUAIS	28
2.1 Bases teóricas.....	28
2.1.1 Trajetória institucional	28
2.1.2 Agências Reguladoras	30
2.2 A trajetória da saúde suplementar no Brasil	32
2.2.1 Antecedentes e marco regulatório da saúde suplementar.....	32
2.2.2 A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).....	38
2.2.3 A regulação dos planos de saúde de 1998 a 2018	42
2.3 O mercado de planos privados de assistência à saúde	46
2.3.1 As características dos planos privados de assistência à saúde	46
2.3.2 As características do mercado de saúde suplementar.....	51
3 METODOLOGIA	59
3.1 Opção teórico-metodológica.....	59
3.2 A amostra de documentos e a base de dados	60
3.3 Limitações do estudo	63
4 REGIMES DE CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE	65
4.1 Diagnóstico situacional da oferta de planos segundo o regime de contratação	65
4.1.1 Planos Coletivos Empresariais	65
4.1.2 Planos Coletivos por Adesão.....	72
4.1.3 Planos Individuais ou Familiares	79
4.2 Análise comparativa dos regimes de contratação	87
5 IMPACTOS REGULATÓRIOS NOS REGIMES DE CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE	99
5.1 A regulamentação da oferta dos tipos de contratação.....	99
5.1.1 A trajetória da disciplina normativa dos regimes de contratação.....	99
5.1.2 A Agência Nacional de Saúde Suplementar e os regimes de contratação	111
5.2 O impacto da regulamentação na oferta dos regimes de contratação	128
5.2.1 A relação entre a regulamentação de saúde suplementar e a oferta de planos de saúde.....	129
5.2.2 O desafio da escassez de planos individuais ou familiares e predominância de planos coletivos	137

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
7 REFERÊNCIAS	146
APÊNDICE A	156
APÊNDICE B	159
APÊNDICE C	160
APÊNDICE D	161
APÊNDICE E	162
APÊNDICE F	163
APÊNDICE G	164
APÊNDICE H	166
APÊNDICE I	167

1 INTRODUÇÃO

O mercado de planos privados de assistência à saúde, atualmente, abrange 47.223.963 (quarenta e sete milhões, duzentos e vinte e três mil, novecentos e sessenta e três) beneficiários, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), referentes a novembro de 2019.

A origem do setor remonta à estruturação do conjunto de políticas sociais no Brasil, especialmente a Previdência Social, bem como ao início da industrialização do país, sendo marcada pela estreita relação com o mercado de trabalho formal e com políticas públicas que incentivaram o desenvolvimento de um forte setor privado no campo da saúde (COHN et al., 1991; Bahia, 2005; MENICUCCI, 2007; VIANNA, 2000).

Com o advento da Lei nº 9.656/1998, o mercado de planos privados de assistência à saúde passou a contar com um marco legal. A Lei nº 9.656/1998, em que pese tenha tido como objetivo reduzir as falhas de mercado do setor, coibindo, inclusive, práticas abusivas, acabou por se concentrar na regulamentação dos planos individuais ou familiares, de modo que a regulamentação dos planos coletivos ficou delegada à esfera infralegal.

A consequência observada é de que a maior regulamentação apenas de planos individuais ou familiares afastou o interesse do mercado em ofertar estes produtos. Os planos coletivos, por sua vez, ao serem menos regulamentados, com vários aspectos franqueados à livre negociação entre as partes, são mais atrativos para o mercado, porém, dão margem a práticas como a aplicação de reajustes anuais em patamares elevados e expurgo de consumidores indesejáveis.

Assim sendo, a Lei dos Planos de Saúde, ao não enfrentar todos os problemas do setor, acabou não sendo capaz de equacioná-los, mantendo distorções como a possibilidade de que as operadoras de planos privados de assistência à saúde, ainda que de forma indireta, pratiquem a seleção de riscos, com impactos para o mutualismo setorial e para o sistema de saúde como um todo.

Na regulamentação infralegal do tema, a definição dos regimes de contratação está prevista na Resolução Normativa (RN) nº195/09 da ANS, segundo a qual os planos coletivos empresariais são aqueles que oferecem cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, enquanto os planos individuais ou familiares são aqueles que oferecem cobertura para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

A RN nº195/09 define, ainda, os planos coletivos por adesão, que são aqueles que oferecem cobertura à população que mantenha vínculo de caráter profissional, classista ou

setorial com conselhos profissionais e entidades de classe, sindicatos, associações profissionais legalmente constituídas, cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas, caixas de assistência e fundações de direito privado.

No presente trabalho foi verificado que a regulamentação infralegal, de 2000 a 2018, também não equacionou os problemas identificados, mantendo disposições mais protetivas apenas para os consumidores vinculados aos planos individuais ou familiares.

Assim sendo, diante da escassez de oferta planos individuais ou familiares, essa parcela do mercado é direcionada para formas de contratação coletivas que deixam os consumidores mais vulneráveis em relação à proteção contratual e legal (IDEC, 2012). Muitos contratos coletivos têm, na verdade, a natureza de planos individuais ou familiares, com baixo número de vidas e sem qualquer paridade negocial.

O diagnóstico situacional do setor aponta, portanto, para uma situação de desequilíbrio, na medida em que a baixa oferta de planos individuais ou familiares direciona parte dos consumidores para formas de contratação menos protetivas, que possibilitam a seleção de riscos, ou seja, o expurgo de consumidores indesejáveis.

O cerne da discussão, entretanto, não é considerar um regime de contratação mais relevante que o outro, mas entender como a trajetória regulatória concorreu para uma situação de desequilíbrio que afeta todo o sistema de saúde.

Portanto, a análise da relação entre os regimes de contratação e a regulamentação é importante para a compreensão da configuração atual do mercado de planos de saúde. E, para melhor compreender as decisões regulatórias, é fundamental contextualizá-las em relação ao nascedouro deste setor e às trajetórias traçadas desde então.

Assim sendo, a pesquisa realizada para a presente dissertação objetivou trazer à discussão a escassa oferta de planos individuais ou familiares, considerando a interdependência entre a trajetória do setor, marcada pela preponderância de planos coletivos empresariais, e o processo regulatório.

Para alcançar esse intuito, propõe-se a contextualização da trajetória percorrida pela saúde suplementar e a relação com a regulação setorial. Além disso, a pesquisa procurou desvendar as principais características dos planos de saúde e sua implicação nas políticas regulatórias, assim como procurou apresentar a análise situacional do mercado de saúde suplementar, para verificar como a relação entre o mercado e a regulação tem impactado a oferta dos tipos de contratação.

O trabalho será estruturado em um capítulo introdutório inicial, no qual será apresentado o problema de pesquisa que orientou a dissertação, bem como os objetivos gerais e específicos,

acompanhados da justificativa para a escolha do tema. No segundo capítulo será apresentado o referencial teórico que norteou a pesquisa e que, portanto, embasa a dissertação, dividido em três eixos principais: bases teóricas; trajetória da saúde suplementar; e mercado de planos privados de assistência à saúde.

No primeiro eixo serão apresentadas as bases teóricas que foram utilizadas para a análise, tratando dos conceitos mais importantes para o tratamento do tema.

No segundo eixo será apresentado o marco regulatório setorial, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), bem como a trajetória da regulação entre 1998 e 2018, destacando os principais instrumentos normativos editados no período.

No terceiro eixo serão apresentadas as características dos planos de saúde, enquanto tipologia de análise, e o mercado de saúde suplementar.

Dando prosseguimento, será apresentada a metodologia de pesquisa no terceiro capítulo, seguida do diagnóstico situacional dos regimes de contratação, a partir da análise dos dados da ANS, no quarto capítulo, e da análise da relação entre o arcabouço regulatório e o diagnóstico situacional dos regimes de contratação, no quinto capítulo.

Por todo o exposto, a presente pesquisa, em última análise, verificou como as políticas regulatórias se relacionam com a atual configuração do mercado, com foco na oferta dos regimes de contratação.

1.1 Contextualização e Formulação do Problema

No Brasil, a atuação do Estado no âmbito das políticas sociais se inicia, no século XX, nas décadas de 1920 e 1930, com a estruturação da Previdência, restrita aos indivíduos com vínculo formal no mercado de trabalho (PAIM et al, 2012; VIANNA, 2000; MENICUCCI, 2007).

O nascimento da assistência médica, enquanto política social, se dá de forma imbricada com a Previdência Social. As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que foram as primeiras instituições previdenciárias, criadas em 1923, passaram a também oferecer serviços médicos aos beneficiários, ainda que de forma muito limitada. As CAPs foram substituídas, nos anos 30, pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que eram organizados por categorias profissionais (COHN et al.,1991; MENICUCCI, 2007; VIANNA, 2000).

Com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPs), em 1960, os benefícios previdenciários são uniformizados e a assistência médica passa a ser devida a todos os beneficiários da Previdência Social. O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), por sua vez, é criado em 1966, e estende o seguro social para todos os assalariados urbanos. Em

1977, é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que concentrou a assistência médica concedida por todos os órgãos previdenciários, ficando o antigo INPS responsável apenas pelos benefícios previdenciários pecuniários (MENICUCCI, 2007).

A década de 60, por sua vez, marca o desenvolvimento da saúde suplementar, com a ampliação da cobertura para um grupo maior de trabalhadores e a constituição de uma rede privada complexa formada por prestadores de serviços de saúde, empresas médicas (medicina de grupo e cooperativas), seguradoras do ramo saúde, empresas empregadoras com assistência à saúde para seus empregados, usuários e burocracia pública (MENICUCCI, 2007).

Na década de 80, o sistema de saúde passou por mudanças importantes, como resultado de um amplo movimento social em prol de uma reforma sanitária, tendo como pano de fundo a transição democrática. Embora este movimento tenha sido vitorioso, ao inserir no texto constitucional um sistema único e universal de saúde, o modelo da assistência à saúde manteve-se com as características do *mix* privado/público presente até então, com a expansão da assistência privada por meio de diferentes formatos institucionais (PAIM et al, 2011).

No que tange especificamente à saúde suplementar, Bahia e Viana (2002) destacam que, no início dos anos 80, este mercado já contava com cerca de 15 (quinze) milhões de clientes de planos de saúde, demonstrando o processo de consolidação das empresas deste setor.

A década de 90, por sua vez, marcou a fase de implantação da reforma do sistema público prevista na Constituição, assim como a regulação do setor privado, com a intenção de incentivar o desenvolvimento do mercado de planos de saúde (MENICUCCI, 2007).

Assim, em 1998, o Senado aprovou o projeto de lei da Câmara, dando origem à Lei nº9.656/1998. Em dezembro de 1999, foi criada a ANS, por meio da Lei nº 9.961/2000, tratando-se da agência reguladora com competência para regular, controlar e fiscalizar a saúde suplementar no Brasil.

Com a edição do marco regulatório do setor, diversos aspectos quanto à comercialização de planos privados de assistência à saúde passam a ser regulamentados. Dentre os aspectos que passaram a ser tratados pela ANS estão os regimes de contratação – individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão – os quais têm papel fundamental, já que definem um conjunto de regras específicas aplicáveis a cada um, em especial aquelas relacionadas à aplicação de reajustes anuais, carências e rescisão contratual.

No mercado de saúde suplementar, o regime coletivo empresarial se destaca com 69% dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, de acordo com dados da ANS de

novembro de 2019. Em contrapartida, apenas 19% dos beneficiários são vinculados a planos individuais ou familiares:

Tabela 1 – Vínculos de beneficiários de planos de saúde por regime de contratação (Brasil – dezembro/2019)¹

Tipo de contratação	Nº de vínculos de beneficiários
Coletivo Empresarial	50.112.641
Individual ou Familiar	13.498.693
Coletivo por Adesão	8.720.550
Não informado	108.287
Coletivo não identificado	2.499
Total	72.442.670

Fonte: Elaboração Própria, com base em dados extraídos da Sala de Situação da ANS em 12/12/2019.

Teixeira et al (2002) salientam que os planos coletivos representam a principal modalidade de contratação, uma vez que a lógica norteadora é de um risco homogêneo, com cálculos de custos *per capita* baseados no grupo.

Esse diagnóstico situacional também pode ser explicado pela relação intrínseca, desde o surgimento do setor, entre a saúde suplementar e o mercado de trabalho formal.

Contudo, no começo dos anos 90, houve a intensificação da comercialização de planos individuais ou familiares, como consequência do Plano Real, que gerou a expectativa de aumento do poder de compra da população e da informalidade do mercado de trabalho (BAHIA e VIANA, 2002).

Logo, como se vê, ao longo do processo de conformação do setor, as mudanças econômicas e no mercado de trabalho influenciaram sobremaneira os tipos de contratação ofertados aos consumidores.

Dada a parcela de beneficiários vinculados a planos coletivos empresariais, nos últimos anos tem havido um intenso debate a respeito da escassez de oferta de planos individuais ou familiares pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, em razão desse fenômeno dificultar o acesso de consumidores que não estejam inseridos no mercado formal de trabalho, tornando-os vulneráveis a contratos menos protetivos em relação a direitos previstos na regulamentação setorial (IDEC, 2012).

Pelo exposto, considerando o crescimento dos planos coletivos e a baixa oferta de planos individuais ou familiares, bem como o advento do marco regulatório e suas consequências para

¹ São considerados todos os vínculos de beneficiários de planos de saúde, o que significa que um mesmo beneficiário pode ter mais de um vínculo.

o setor, verifica-se a importância da trajetória para a análise do mercado de planos de saúde em relação aos regimes de contratação ofertados pelas operadoras de planos de saúde.

Portanto, o problema a ser enfrentado enquanto objeto de dissertação é como a relação entre o mercado de saúde suplementar e a regulação setorial impactou a oferta de planos de saúde, resultando na predominância de planos coletivos e escassez de oferta de planos individuais ou familiares.

1.2 Objetivos

Nesta seção serão apresentados o objetivo geral da dissertação, bem como os objetivos específicos que compõem a análise, a fim de que, ao final, o problema de pesquisa seja respondido.

1.2.1 Objetivo Geral

Considerando o contexto do surgimento e desenvolvimento do setor de saúde suplementar no Brasil, o presente trabalho tem por objetivo debruçar-se sobre a relação entre esta trajetória e a regulação do setor a partir de 1999, quando da entrada em vigor da Lei nº9.656/1998, no que tange aos regimes de contratação ofertados aos consumidores.

O regime de contratação predominante no setor é o coletivo. Além da preponderância deste regime de contratação, observa-se uma escassez na oferta de produtos no tipo de contratação individual/familiar. Assim, faz-se necessária a análise da relação entre a escassez da oferta de planos individuais, o grau elevado de contratação do tipo coletivo e a regulação do setor, a partir da edição do marco regulatório.

Vale destacar que, além da relação com a regulação setorial, é necessário perscrutar a relação com o contexto de consolidação do mercado de planos de saúde e fatores exógenos, como o mercado de trabalho formal e incentivos fiscais concedidos ao setor.

O presente trabalho, assim, tem por objetivo verificar como a trajetória da regulação de saúde suplementar, após a edição do marco legal do setor, impactou os tipos de planos ofertados pelas operadoras de planos de saúde.

Desse modo, tem como objetivo geral analisar as correlações entre a trajetória regulatória e dos regimes contratuais de planos de saúde ofertados no período de 1999 a 2018.

1.2.2 Objetivos Específicos

Com o intuito de atingir o objetivo geral do presente trabalho é necessário, inicialmente, identificar as mudanças de comportamento das operadoras de planos privados de assistência à

saúde no registro de planos, especialmente, no que se refere aos regimes de contratação, ou seja, verificar como as empresas do segmento se comportaram de 1999 a 2018, no que concerne ao padrão de produtos ofertados.

A análise do comportamento das empresas é fundamental a fim de observar se houve um padrão relacionado à regulamentação do setor que tenha levado, por exemplo, à retração na comercialização de planos individuais, já que o registro dos produtos a serem ofertados é uma condição para a comercialização, conforme dispõe o artigo 9º da Lei nº9.656/1998, a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) da ANS nº 04, posteriormente revogada pela RN nº 85/2004.

Além disso, é importante identificar o papel regulatório em relação aos regimes contratuais, verificando se os instrumentos normativos editados no período seguiram uma determinada trajetória e quais os pontos de mudança institucional.

No que tange a esse objetivo, trata-se de avaliar se os instrumentos normativos editados após a publicação do marco legal do setor, no que concerne às características de contratação, seguiram uma trajetória, como, por exemplo, regulando reajustes anuais de forma diferenciada entre planos coletivos e individuais ou familiares. Também será importante verificar se, ao longo do tempo, houve rupturas na regulação do setor, com mudanças significativas, inclusive, de paradigmas.

O que se propõe, assim, é esclarecer se a Agência Nacional de Saúde Suplementar, ao regular temas relacionados aos tipos de contratação, impactou a oferta, resultando em maior oferta no regime de contratação coletiva, em detrimento dos planos individuais ou familiares.

1.3 Justificativas

A Constituição Federal de 1988 (CF/88), no artigo 6º, elencou a saúde como um direito social e no artigo 196 dispôs que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas.

O direito à saúde, na CF/88, não foi apenas considerado como bem jurídico digno de tutela constitucional, como foi erigido ao status de direito fundamental, o que garante uma proteção jurídica diferenciada no âmbito da ordem jurídica brasileira. Assim, o direito à saúde tem fundamentalidade formal e material. Do ponto de vista da fundamentalidade formal, é uma norma que não pode ser alterada por reforma constitucional, estando dentre as denominadas cláusulas pétreas. Do ponto de vista da fundamentalidade material, trata-se de um direito ao qual deve ser outorgada eficácia e efetividade (SARLET, 2006).

Portanto, o direito à saúde assumiu, após a CF/88, o status de direito fundamental, previsto constitucionalmente, o que demonstra sua relevância social. A saúde suplementar

aparece, neste contexto, no artigo 199 da CF/88, que franqueou à iniciativa privada a assistência à saúde.

O Sistema de Saúde Brasileiro é composto por um *mix* público/privado, de modo que, mesmo após a Constituição Federal de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), a esfera privada continuou tendo participação expressiva na assistência à saúde (MENICUCCI, 2007; PAIM et al, 2012; VIANNA, 2000).

Embora condicionada à regulamentação específica pela CF/88, a atuação da iniciativa privada na saúde só começou a ser discutida em meados dos anos 90 e, apenas em 1998, foi promulgada a Lei nº 9.656. Entre junho de 1998 e janeiro de 1999, diversas Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) foram editadas, regulando as matérias infralegais necessárias para a execução da lei (MONTONE, 2003; MENICUCCI, 2007).

No que concerne à criação de uma agência reguladora para o setor, Montone (2003) considera que a ANS trouxe vantagens à regulação, como maior poder de atuação, autonomia política, administrativa e financeira, decisões colegiadas, mandatos dos dirigentes e poder de editar atos infralegais.

A saúde suplementar conta, atualmente, com uma taxa de cobertura populacional de 24,26%, de acordo com dados da ANS referentes a novembro de 2019. Ademais, os gastos privados em saúde, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), representaram 5,4% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2017, de um total de 9,2% do PIB referentes aos gastos totais em saúde. Em relação aos gastos privados, o principal gasto das famílias com saúde foi com serviços de saúde privada - que incluem despesas com médicos e planos de saúde - chegando a 3,5% do PIB.

Gadelha (2003), ao discutir o complexo industrial da saúde brasileiro, aponta que o setor suplementar de saúde tem apresentado um elevado potencial de crescimento, tendo como característica a atuação competitiva de empresas operadoras de planos de saúde e a atuação regulatória do Estado, representando uma forma de estruturação de um espaço econômico delimitado, com uma consolidação institucional de um novo mercado, cuja importância se destaca quando quase 30% da população brasileira está coberta pelo setor.

Portanto, como se vê, o setor de saúde suplementar, além de responsável pela prestação de assistência à saúde a uma parcela considerável da população brasileira, representa importante parcela dos gastos brasileiros em saúde, o que demonstra a dimensão deste mercado tanto sob o ponto de vista social, quanto econômico.

Assim sendo, no contexto regulatório, a Lei nº.656/1998 ao disciplinar os regimes de contratação – planos individuais familiares, coletivos empresariais e coletivos por adesão - já

trouxe algumas regras específicas aplicáveis de acordo com o tipo contratado, como, por exemplo, a regra que proíbe rescisões imotivadas nos planos individuais ou familiares.

Além de indicar regras específicas em relação a diversos aspectos contratuais, o regime de contratação também tem uma estreita relação com a conformação do setor de saúde suplementar e a trajetória da regulação.

É importante consignar que, historicamente, algumas políticas públicas na área de saúde contribuíram para a expansão do setor de saúde suplementar, especialmente após os anos 60, a partir de incentivos estatais ao setor privado e a formas de prestação de assistência à saúde pelos empregadores aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, o que contribuiu para que os planos coletivos empresariais sejam, atualmente, a principal modalidade contratada (BAHIA e VIANA, 2002; COHN et al, 1991; MENICUCCI, 2007; PAIM et al, 2012).

Outro fator determinante para a elevada concentração de beneficiários em contratações coletivas é a seleção positiva de risco das operadoras, afastando beneficiários que representem “alto risco”, o que afeta a comercialização de planos individuais ou familiares e ocasiona restrições de cobertura a beneficiários deste regime de contratação (COSTA e CASTRO, 2004).

A Lei nº 9.656/1998 e outros instrumentos normativos, ao regular a rescisão de contratos individuais e aspectos como os limites obrigatórios de cobertura assistencial, objetivaram justamente enfrentar estratégias que colocavam os usuários desses produtos em condições muito desvantajosas, afetando o sistema de saúde como um todo.

Contudo, a despeito da interferência regulatória, identifica-se uma redução na comercialização de planos individuais ou familiares, verificada pela retração no número de produtos individuais registrados na ANS. Ao verificar a quantidade de planos ativos, ou seja, produtos que podem ser comercializados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, é possível constatar um número consideravelmente maior de produtos coletivos empresariais:

Tabela 2 – Planos ativos para comercialização por tipo de contratação (Brasil – novembro/2019)²

Regime de contratação	Nº de produtos ativos
Coletivo Empresarial	10593
Coletivo por Adesão	5018
Individual ou Familiar	4914
Total Geral	20525

Fonte: Elaboração Própria, com base nos Dados Abertos da Saúde Suplementar – Características dos Produtos, extraídos em 25/11/2019

Além disso, as seguradoras, uma das modalidades de operadoras de planos de saúde, deixaram de comercializar produtos individuais. Note-se que algumas modalidades de operadora, pela própria natureza, não comercializam planos individuais, é o caso das autogestões. Logo, é importante estudar se esse comportamento está relacionado à modalidade de operação no mercado.

Portanto, ao explorar alguns dados do setor de saúde suplementar é possível observar que o mercado de planos coletivos é responsável pelo maior número de vínculos de beneficiários e que, do mesmo modo, possui o maior número de produtos registrados na ANS. Além disso, nota-se uma retração na comercialização de planos individuais ou familiares em determinados segmentos, o que pode revelar um comportamento em resposta à regulação. Todas essas questões demonstram a importância de uma pesquisa sobre o tema, especialmente considerando a relevância social da saúde suplementar.

Some-se a essas considerações o fato de que, em resposta à maior regulação do setor, têm despontado práticas que podem colocar os consumidores em posições de maior vulnerabilidade, como no caso das “falsas coletivizações”. O Entendimento nº 02 da Diretoria de Fiscalização (DIFIS), da ANS, define a “falsa coletivização” como:

(...) o termo utilizado para descrever aqueles planos de saúde que possuem natureza de contrato individual, mas que se utilizam de Pessoas Jurídicas para dar-lhes uma roupagem de plano coletivo – e, com isso, permanecem mantidos à margem de toda a rigidez regulatória da ANS que se aplica aos planos individuais.

O Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC), em 2013, alertou para o fato de que as operadoras de planos de saúde vêm restringindo a oferta dos planos individuais ou familiares e ao mesmo tempo estimulado a venda de planos coletivos para pessoas físicas. De acordo com

² De acordo com o Glossário Temático de Saúde Suplementar produto ou plano é o contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço preestabelecido ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos mediante pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor, às expensas da operadora. Desse modo, por produto ativo para comercialização compreendem-se os planos que podem ser disponibilizados aos consumidores para contratação, correspondendo cada registro a um produto que pode ser ofertado aos consumidores.

o IDEC, esse comportamento se dá porque a ANS estipula teto anual de reajuste para os contratos individuais, enquanto os reajustes anuais dos contratos coletivos não são regulados (IDEC, 2013).

Silva (2018) destaca que a preferência das operadoras de planos de saúde pela contratação coletiva tem causado muitos prejuízos aos consumidores que, diante da escassez de planos individuais, aderem ao que a autora chama de “associativismo forjado”.

Como já destacado, considerando que o regime de contratação individual ou familiar foi objeto de especial atenção quanto à sua regulamentação, a escassez deste tipo de plano pode revelar uma forma de seleção de riscos pelo mercado.

O debate sobre a baixa oferta de planos individuais ou familiares no mercado de planos de saúde ensejou, inclusive, discussões no Congresso Nacional, resultando na inserção no PL nº7.419/2006, que propõe alterações na Lei nº 9.656/1998, em tramitação na Câmara dos Deputados, da previsão quanto à obrigatoriedade de oferta de planos individuais ou familiares pelas operadoras de planos de saúde.³

Por fim, cabe repisar que o estudo sobre a correlação entre a trajetória da oferta de planos de saúde e a regulação setorial é importante, a fim de verificar se a regulamentação contribuiu para a manutenção do elevado grau de beneficiários vinculados a contratos coletivos e para a retração na oferta de planos individuais ou familiares.

³ Vale esclarecer que ao PL 7.419/06 estão apensados mais 175 projetos de lei, os quais propõem alterações na Lei nº 9.656/98. Em 2016, o PL 7.419/06 ganhou impulso com a criação de uma Comissão Especial na Câmara dos Deputados para a análise das propostas. Após inúmeras prorrogações de prazo, em outubro de 2017, o relator da comissão, Deputado Rogério Marinho apresentou o relatório final da comissão. Atualmente, o projeto de lei encontra-se aguardando parecer da Comissão de Constituição e Justiça da Câmara.

2 FUNDAMENTOS CONCEITUAIS

Neste capítulo serão abordados os fundamentos conceituais que norteiam o presente trabalho. A seção é composta por três eixos conceituais: no primeiro serão apresentadas as bases teóricas que subsidiam a análise; no segundo eixo será apresentada a trajetória da saúde suplementar no Brasil; e no terceiro eixo as características do mercado de planos de saúde.

2.1 Bases teóricas

Na seção serão discutidas as referências teóricas sobre o neoinstitucionalismo histórico, considerando a importância da causalidade dos eventos na conformação setorial.

Nesta seção também será apresentada a base teórica sobre agências reguladoras, utilizada como ferramenta de análise, a fim de contextualizar o nascedouro das agências reguladoras no país, importante para a compreensão do desenho institucional da ANS.

2.1.1 Trajetória institucional

Considerando o foco institucional de análise, uma perspectiva teórica importante é a do neoinstitucionalismo, que ganhou corpo entre 1980 e 1990, com o objetivo de elucidar o papel desempenhado pelas instituições na determinação de resultados sociais e políticos, partindo de diferentes métodos de análise (HALL e TAYLOR, 1996; SCHMIDT, 2005).

Um dos métodos de análise é o institucionalismo histórico, que focaliza o Estado e o desenvolvimento institucional deste, não apenas no que concerne às estruturas estatais, como também no que se refere às estruturas nas quais a atividade governamental ocorre, como os interesses organizados, o eleitorado, o poder judiciário, dentre outros (HALL e TAYLOR, 1996; SCHMIDT, 2005).

O institucionalismo histórico é um método de análise adequado para traçar as origens e o desenvolvimento das estruturas e processos institucionais ao longo do tempo, a partir das sequências de desenvolvimento, do desenrolar dos eventos e das fases de mudança política (SCHMIDT, 2005, p.105). Immergut (1992, p. 20) assevera que o institucionalismo histórico enfatiza o legado de distintas instituições nacionais, experiências, padrões de criação de instituições e organização de interesses sociais, bem como, em muitos casos, o papel dos Estados na demarcação dos limites do conflito e da representação. Segundo a autora, novos conflitos políticos são disputados por grupos que foram formados dentro de distintos sistemas políticos, os quais, por sua vez, já têm uma história. A autora prossegue destacando que essas organizações pré-existentes estruturam os caminhos dos debates políticos e dos resultados das políticas. Sob este ponto de vista, cada contexto local e características do passado modificam

as relações travadas para a conformação das instituições, de modo que as capacidades estatais e as políticas herdadas estruturam decisões posteriores. Sob esta perspectiva, os resultados políticos mudam de acordo com as variáveis institucionais, as quais mediam as relações travadas (HALL e TAYLOR, 1996).

Assim sendo, diferentes contextos resultam em diferentes resultados, ensejando uma análise institucional empírica, a fim de verificar como cada instituição interfere nas relações políticas e de poder entre os grupos, influenciando os resultados (IMMERGUTT, 1992).

Hacker (1998, p. 83), em estudo sobre a conformação dos sistemas de saúde do Canadá, Estados Unidos e Grã-Bretanha, destaca que pesquisas sugerem que as políticas públicas, além de serem resultados dos processos políticos, também exercem influências sobre eles, na medida em que os formuladores de políticas moldam criticamente os tipos de problemas, as lições aprendidas, as condições políticas enfrentadas e os tipos de instrumentos políticos disponíveis, demandando estudos que considerem os processos históricos de longo prazo no desenvolvimento das políticas públicas.

Hacker (1998) acentua, ademais, que a estrutura de uma instituição política de um país influencia sistematicamente os interesses e ideias em debate e os tipos de políticas adotadas, sendo fundamental considerar as sequências históricas de tempo na conformação dessas instituições.

A tese central da Hacker (1998, p. 59) é de que o surgimento dos sistemas de saúde está em conformidade com uma lógica de desenvolvimento que é tanto histórica, quanto política e institucional.

Hacker (1998, p. 80), dando continuidade a seu estudo, considera que onde existem mercados de seguros privados consideráveis, estes são apoiados por políticas governamentais, seja diretamente, por meio de subsídios fiscais, ou indiretamente, por meio da cobertura governamental da população de alto custo.

No caso brasileiro é possível identificar um contexto político marcado pela presença de um forte setor privado na área de saúde e uma conjuntura institucional de incentivo à expansão do setor privado de saúde por meio de subsídios fiscais.

Como resultado, a Constituição de 1988 introduziu um sistema único, público e universal, que pode ser considerado uma verdadeira ruptura institucional, mas, simultaneamente, manteve, como uma camada sobreposta, o setor privado anterior. Um dos resultados dessa sobreposição é que o sistema de saúde suplementar manteve sua trajetória de crescimento, a despeito da inovação institucional representada pelo SUS.

Como se vê, portanto, o institucionalismo histórico é uma ferramenta de análise importante, a fim de avaliar como a trajetória institucional interferiu nas relações travadas na formulação e execução de uma determinada política pública.

Trata-se, assim, de um instrumento importante para compreender como a trajetória das relações entre a regulação e o mercado de saúde suplementar resultaram em um cenário de baixa oferta de planos de saúde individuais ou familiares.

2.1.2 Agências Reguladoras

No Brasil, as agências reguladoras surgem em um contexto de reforma do Estado. As primeiras agências reguladoras foram criadas nos setores de infraestrutura, na segunda metade da década de 1990, como resultado de um processo de privatizações de setores, que passaram, então, a ser regulados (PRADO, 2014).

Importante destacar que a reforma do Estado da década de 1990, na esteira do Consenso de Washington, definiu um novo papel para o Estado brasileiro, tendo por base o protagonismo do mercado, rompendo com a ideia de “projeto de nação”, sinalizando o fim da “Era Vargas”. Medidas como a redução de gastos sociais e a redução do papel do Estado, representada, por exemplo, pelas privatizações, ganharam destaque. Neste contexto, como destaca Diniz (2001), a hegemonia do pensamento neoliberal reforçou a primazia do paradigma tecnocrático no âmbito da administração pública. É nesta conjuntura que as agências reguladoras são criadas.

As origens das agências reguladoras no Brasil estão na Lei nº 8.987, de 1995, que dispôs sobre o regime de concessão e permissão de serviços públicos, bem como previa funções reguladoras ao poder concedente (PRADO, 2014).

A Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL) e a Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis (ANP), quando criadas, não tinham, ainda, ampla autonomia, especialmente sobre questões normativas. A primeira agência reguladora que foi criada de forma mais próxima ao modelo americano, com autonomia normativa, foi a Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL) (PRADO, 2014).

Cabe destacar que o modelo de agências reguladoras não tinha precedente no arcabouço legal no Brasil, o que gerou discussões quanto à possibilidade de autonomia normativa e legalidade da delegação do exercício do poder normativo.

As agências reguladoras criadas no Brasil no final da década de 1990 não se encaixam nem no modelo de autarquia brasileiro, nem no modelo de agências reguladoras norte-americano. Pacheco (2006) destaca que, no caso americano, o debate foi travado sobre a

presença maior ou menor do Estado, enquanto no Brasil a criação das agências reguladoras remete ao debate sobre mais ou menos governo e sobre mais ou menos burocracia.

Como acentua Prado (2014), no caso brasileiro, o que era objetivado com as agências reguladoras era reduzir a intervenção do Estado e não a aumentar; o objetivo com a criação das agências no Brasil era permitir que as empresas privatizadas tivessem marco legal bem definido, sem estarem sujeitas às incertezas da política partidária.

Prado (2014) salienta que o resultado de todo este contexto é que as agências reguladoras no Brasil não foram constituídas em conformidade com o modelo liberal, baseado na racionalidade técnica, mas em um modelo autárquico, dotado de independência funcional, envolvidas não apenas na regulação, como também em discussões de planejamento e desenvolvimento econômico.

Entre 1995 e 2005, além da ANEEL, ANP e ANATEL, foram criadas mais 7 (sete) agências, com as mesmas características institucionais, quais sejam: autarquia especial; mandatos fixos para seus dirigentes e não coincidentes com o chefe do executivo; dirigentes indicados pelo executivo e aprovados pelo congresso; e autonomia financeira e decisória.

De acordo com Prado (2014), as agências podem ser divididas em quatro grupos distintos: (1) as grandes agências de infraestrutura - ANEEL, ANATEL e ANP; (2) – as agências de infraestrutura de menor porte - Agência Nacional de Transportes Aquaviários (ANTAQ), Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT), Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) e do uso dos recursos hídricos - Agência Nacional de Águas (ANA); (3) – as que tratam de serviços e que regulam o setor de saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e, finalmente, (4) a Agência Nacional do Cinema (ANCINE), que tem uma função híbrida de fomento e regulação. Cabe destacar que, em 2017, o Departamento Nacional de Produção Mineral foi transformado em agência reguladora, por meio da Lei nº 13.575.

Cada uma dessas agências foi criada a partir de diferentes circunstâncias e levaram a resultados distintos. Ao lado das agências reguladoras que surgiram das privatizações de serviços de infraestrutura, foram criadas agências para serviços vinculados à área da saúde, como a ANS, cujas funções são de políticas sociais, motivo pelo qual, para alguns autores, estão mais próximas das características de uma agência executiva do que de uma agência reguladora (PRADO, 2014).

2.2 A trajetória da saúde suplementar no Brasil

Nesta seção serão abordados os antecedentes da Lei nº 9.656/1998, bem como aspectos relativos à edição do marco legal. A importância desta análise é compreender o contexto de elaboração do marco regulatório, a fim de verificar como a regulação setorial desenvolveu-se a partir de então.

Além disso, a seção trata da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), como um importante ponto da estruturação do mercado de planos de saúde e como um *locus* institucional de regulação do setor.

Na seção também será discutida a trajetória da regulação entre 1998 e 2018, a fim de identificar os principais instrumentos normativos editados no período, conferindo subsídios à análise de como essa atuação regulatória interferiu nos regimes de planos de saúde.

2.2.1 Antecedentes e marco regulatório da saúde suplementar

Como visto, o setor privado de saúde surgiu no Brasil paralelamente à conformação das políticas sociais e do sistema de saúde nacional.

As Santas Casas de Misericórdia podem ser consideradas as primeiras entidades a prestarem assistência médica no país, representando, atualmente, um setor complementar da saúde.

Com o surgimento das CAPs⁴, na década de 1920, começam a surgir outros prestadores de serviços de saúde privados, de caráter não filantrópico. Na década de 1930, com a criação dos IAPs, também são constituídos hospitais próprios para atendimento dos segurados destes institutos.

Além disso, nos anos 40, algumas empresas passam a organizar serviços médicos próprios, como a Caixa de Assistência à Saúde do Banco do Brasil (CASSI), criada em 1944 (VIANNA, 2000).

O mercado de planos de saúde, por sua vez, começa a se consolidar no Brasil entre as décadas de 1950 e 1970 (SALM, 2005, p. 14-15). Bahia (2005, p. 20) destaca que o setor de planos de saúde têm seu nascedouro ligado à atuação do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI) que, diversamente de outros institutos, não tinha hospitais próprios, fazendo com que a falta de prestação de assistência médica e a baixa cobertura do Instituto

⁴ As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) foram as primeiras instituições previdenciárias, voltadas para os trabalhadores da iniciativa privada, criadas por meio do Decreto-lei nº4.682, de 24 de janeiro de 1923, conhecido como Lei Eloy Chaves.

estimulassem novas formas de prestação de serviços médicos, bem como um contexto de defesa, pelas entidades médicas, da livre escolha do paciente e de privatização da prática médica.

O setor de planos privados de assistência à saúde teve maior expansão a partir da década de 1960, resultando, inclusive, em novas formas de atuação, como na forma de cooperativas médicas, que são criadas a partir de 1965 (SALM, 2005, p.15, BAHIA, 2005, p.26).

A década de 1970 experimentou o crescimento e a diversificação empresarial das empresas médicas em razão de aspectos como: redução da qualidade dos serviços de saúde previdenciária após a criação do INPS; incentivo tributário concedido pelo INPS aos denominados convênio-empresa, por meio de desconto nas contribuições previdenciárias; dedução das despesas com saúde do Imposto de Renda de pessoas físicas; e terceirização do atendimento de funcionários pelos poderes públicos locais (BAHIA, 2005; MENICUCCI, 2007; SALM, 2005).

Segundo Bahia (2005, p. 26), esse processo resultou na expansão do sistema privado concentrado em grandes centros urbanos e a consolidação da segmentação da assistência à saúde.

Na década de 1980, a expansão das empresas de planos de saúde é marcada pelo aumento de planos administrados pelas próprias empresas empregadoras, com características de autogestão, aumento de atuação dos hospitais filantrópicos, que passam a comercializar planos e diversificação na atuação das empresas médicas. À essa época, o mercado de planos de saúde era denominado na literatura como subsistema de atenção médica supletiva ou mercado de assistência médica suplementar. (LEAL, 2014).

A década de 1990, a seu turno, é caracterizada pela implementação das previsões constitucionais relacionadas ao SUS e regulação do setor suplementar de saúde, na qual ocorre a consolidação das grandes operadoras de abrangência nacional e a expansão de empresas de pequeno porte em cidades do interior do país, com estagnação no número de beneficiários, em razão da conjuntura do mercado de trabalho (LEAL, 2014).

Desse modo, dentre os fatores que contribuíram para a formação do mercado suplementar de saúde, é possível elencar: o processo de industrialização do país, a partir da década de 1950, que propiciou as primeiras iniciativas de contratação de assistência privada à saúde para os empregados da indústria; o Decreto-lei nº 200⁵, de 1967, que permitiu a

⁵ O Decreto-lei nº 200, de 1967, representou uma reestruturação da administração pública brasileira, partindo dos eixos de planejamento e orçamento, finanças públicas, serviços gerais e recursos humanos. Além disso, foi

contratação de empresas médicas pelo Estado, estimulando o desenvolvimento de serviços privados de assistência à saúde; a recessão econômica da década de 1980, que ao retrair os convênios com empresas médicas, ampliou a oferta direta de serviços de saúde pelas organizações médicas; o desenho do Sistema Nacional de Saúde na Constituição de 1988 que, a despeito da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), permitiu a atuação da livre iniciativa privada; e a reforma do Estado da década de 1990, que resultou na edição da Lei nº 9.656/1998 e na criação da ANS (OCKÉ-REIS et al, 2005; VILARINHO, 2004).

Para Ocké-Reis et al (2005, p. 13) o desenvolvimento do setor de saúde suplementar está fortemente ligado a incentivos estatais desde a década de 1960, a partir do regime militar pós-64, como o financiamento a juros subsidiados para a construção de hospitais e aquisição de equipamentos médicos; a concessão de caráter filantrópico a algumas empresas que atuavam no setor, o que determinava incentivos fiscais e previdenciários; o desconto ou devolução de parte das contribuições previdenciárias em virtude dos convênios entre o INPS/INAMPS e as empresas; e a edição de instrumentos normativos que promoveram incentivos à expansão do setor.

Importante destacar que, até a década de 1990, o setor não contava com uma regulamentação específica, estando sujeito a leis mais amplas, como, por exemplo, a Lei nº8.078, de 1990, que trata das relações de consumo.

Ocorre que, considerando a expansão do setor e a ausência de regras específicas, a partir da década de 1990, os conflitos entre empresas que atuam na saúde suplementar, prestadores de serviços de saúde e consumidores, ampliaram-se, gerando, inclusive, um aumento na judicialização de casos envolvendo este segmento econômico (BAHIA, 2005; BAHIA e VIANA, 2002).

Além disso, o Brasil passou, nos anos de 1990, por um movimento de reforma do Estado, fruto de uma agenda internacional. Como acentua Menicucci (2007, p. 237), na reforma do Estado da década de 1990, a regulação ganhou destaque, não apenas como uma forma de intervenção nos mercados, mas também como uma forma de intervenção em diferentes setores,

responsável pelo modelo organizacional que divide a administração em direta e indireta. Os princípios fundamentais do Decreto-lei foram: o planejamento; a expansão de empresas estatais, fundações e autarquias; a expansão de um sistema de mérito; diretrizes para um novo plano de cargos; e o reagrupamento de departamentos e serviços (COSTA, 2008a). Segundo Costa (2008, p. 855), o Decreto-lei nº200, de 1967, deixou sequelas, como o ingresso de servidores sem concurso público, de modo a permitir a reprodução de práticas fisiológicas e patrimonialistas, e o enfraquecimento da administração direta.

como, por exemplo, na proteção ao consumidor, em uma perspectiva de atuação normativa do Estado, em detrimento da prestação direta de serviços.

Assim, no contexto de reforma do Estado, somado ao acirramento de conflitos nas relações do campo da saúde suplementar, começam a exsurgir discussões a respeito da regulação setorial no começo dos anos de 1990.

No âmbito dos debates sobre a saúde suplementar, duas perspectivas se destacaram: a econômica e a assistencial.

Sob a perspectiva econômica, representada pelo Ministério da Fazenda, o mercado de planos de saúde demandava mecanismos de incentivo à expansão, com a consequente abertura para o capital estrangeiro e a definição de regras de solvência econômico-financeira. Como fruto desta visão, surgiu a primeira proposta de regulamentação do setor de planos de saúde, proveniente da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), amparada pelas seguradoras que queriam a ampliação de regras, até então aplicáveis apenas a este segmento, também a outras modalidades de empresa, como as medicinas de grupo e cooperativas médicas (BAHIA, 1999; MENICUCCI, 2007).

Já a perspectiva assistencial defendia a regulamentação do setor voltada para a proteção dos consumidores, especialmente no que era concernente às limitações de cobertura, aplicação de reajustes abusivos, imposição de barreiras de entrada, dentre outros aspectos. Além das entidades que representam o interesse dos consumidores, essa perspectiva encontrou amparo também nas entidades médicas, que eram contrárias ao controle de prescrições médicas, e nos prestadores de serviço, interessados na ampliação do mercado de serviços de saúde (MENICUCCI, 2007).

Além destes atores, também os gestores públicos passaram a propor o ressarcimento dos atendimentos prestados na rede pública aos consumidores de planos de saúde, como forma de coibir práticas de seleção de riscos pelas operadoras, pelas quais os procedimentos mais caros eram direcionados para a rede pública (MENICUCCI, 2007).

Essas perspectivas evidenciaram o conflito de interesses presente neste setor, envolvendo operadoras de planos de saúde, consumidores, prestadores de serviços e gestores públicos.

Assim sendo, a matéria passou a ser objeto de debate no Poder Legislativo em 1991, quando foi proposto o primeiro projeto de lei sobre o tema. Entre 1991 e 1997 foram apresentados 23 (vinte e três) projetos de lei sobre o setor (MENICUCCI, 1997).

No âmbito do Poder Legislativo, o debate começou a avançar apenas em 1994, culminando, em 1996, com a constituição de uma comissão especial para analisar as propostas

em tramitação na Câmara dos Deputados que versavam sobre planos e seguros de saúde. De outubro de 1996 e março de 1997, durante a tramitação da comissão especial, foram realizadas 12 (doze) audiências públicas, com a participação de vários segmentos da sociedade (MENICUCCI, 2007).

A regulamentação da saúde suplementar no Brasil abarcou uma complexa rede de atores ativos no processo de formulação da agenda e discussão das propostas, contando com a participação de grupos de interesse, de grupos de *advocacy* e de vários setores da burocracia governamental, como: representantes de empresas médicas, como a Associação Brasileira das Medicinas de Grupo (ABRAMGE); entidades representativas dos usuários, como o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCONs); e de profissionais de saúde, representados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB) (MENICUCCI, 2007).

O debate sobre o projeto de lei de regulamentação do setor suplementar de saúde revelou a complexidade do tema, tendo em vista se tratar de um mercado já consolidado, com a atuação de uma rede de atores com interesses conflitantes, o que resultou na renúncia da comissão especial criada, sendo elaborado um projeto alternativo, que foi finalmente aprovado em outubro de 1997 (MONTONE, 2003).

O projeto de lei aprovado pela Câmara tinha um viés fortemente econômico, voltado para a regulação da atividade empresarial sob o prisma econômico-financeiro e regulamentando as questões assistenciais de forma flexível, na visão de Montone (2003).

O desenho institucional da regulação do projeto aprovado pela Câmara também revelava a ótica econômica, na medida em que a atuação estatal no setor ficava sob a competência da SUSEP, com diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP).

O projeto de lei aprovado pela Câmara foi alvo da insatisfação de diversos segmentos afetados, como os órgãos de defesa do consumidor e entidades que representavam os profissionais de saúde. Assim, ao ser debatido no Senado Federal, o projeto de lei foi alvo de pressões provenientes dos segmentos insatisfeitos, bem como de uma mudança de atuação do Ministério da Saúde, que passa a ter protagonismo nas discussões com o Senado (MENICUCCI, 2007).

Dessa forma, ao ser debatido no Senado, o projeto passa por uma mudança de perspectiva, a partir do fortalecimento do viés assistencial da regulação e do fortalecimento do papel desempenhado pelo Ministério da Saúde (MONTONE, 2003).

A partir das alterações introduzidas nas discussões no Senado, o desenho institucional da regulação passou a ser bipartite, com atribuições de regulação da atividade econômica sob

competência do Ministério da Fazenda, por meio da SUSEP e do CNSP, e atribuições de cunho assistencial, sob a competência do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Saúde Suplementar (DESAS), da Secretaria de Assistência à Saúde e do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU). Além disso, foi instituída a Câmara de Saúde Suplementar (CSS), que garante assento a diversos setores da sociedade, como órgão consultivo e permanente da regulação de saúde suplementar.

Após amplo debate, em que se destacaram diversas posições conflitantes em relação à regulamentação da saúde suplementar, em 1998, o Senado aprovou com supressões o projeto de lei, dando origem à Lei nº 9.656/1998.

Menicucci (2007, p. 258) acentua que os debates travados na Câmara dos Deputados evidenciaram um conflito entre a visão da saúde como direito e a visão da livre concorrência nos serviços de assistência à saúde.

Bahia (2001, p.337) destaca que o debate em torno da edição da Lei nº 9.656/1998 revelou uma série de abusos praticados pelas operadoras contra os consumidores e que, ao conferir a competência de regulação e controle para a esfera pública, agiu devidamente, contudo, não elaborou propostas efetivas para resolver a intrincada relação público-privada na gestão dos riscos à saúde.

Para Bahia e Viana (2002), a regulamentação teve como objetivos principais corrigir as distorções quanto à seleção de riscos e preservar a competitividade do mercado e, para tanto, demandava a regulamentação de inúmeros aspectos do setor, como a cobertura de procedimentos, o ressarcimento ao SUS pelos gastos despendidos pelos beneficiários do setor no sistema público, o registro e a autorização de funcionamento das empresas que atuam no setor, os reajustes aplicáveis, a solvência das empresas e reservas técnicas.

Pereira (2003) também destaca que a regulamentação foi importante para estabelecer maior estabilidade e previsibilidade às regras do setor, promovendo o desenvolvimento de relações de maior cooperação e confiança entre o Estado e o mercado.

Vale destacar que, antes da vigência da Lei nº 9.656/1998, cada segmento do mercado de planos de saúde tinha suas próprias regras e diretrizes, baseadas na autorregulação e na jurisprudência sobre o setor, de modo que a edição de um marco legal pode ser considerada *per se* como um importante avanço (DE MESQUITA, 2002).

A Lei nº 9.656/1998 representou, dessa forma, a introdução de uma série de inovações institucionais em um setor que atuava sem uniformidade legal e regulatória, dentre as quais é possível destacar: a conceituação dos planos privados de assistência à saúde; o estabelecimento de condições de autorização e funcionamento de operadoras que atuam no setor; a inserção de

regras econômico-financeiras para atuação destas empresas; a instituição de um plano referência, de comercialização obrigatória; a definição da tipologia dos planos de saúde, que passaram a obedecer aos tipos previstos na Lei; regulamentação quanto à contratação e rescisão contratual; proibição da seleção de riscos pelas operadoras; estabelecimento de regras a respeito da aplicação de reajustes; e criação do ressarcimento ao SUS.

Em termos de mudança institucional, é possível afirmar que a presença de uma conjuntura de pressão para que os aspectos regulatórios incidissem sobre todas as modalidades de operadoras que atuavam no mercado, pela existência de regras para a sustentabilidade econômico-financeira, garantindo maior segurança ao setor, e de aumento da judicialização, culminaram na edição da Lei nº9.656/1998, que representou uma inovação importante na saúde suplementar.

2.2.2 A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

A criação da ANS, por sua vez, também representou uma mudança institucional e uma verdadeira inovação, tendo raízes no contexto de reforma do Estado pela qual o Brasil passou na década de 1990 e na disputa entre o viés econômico e assistencial da regulação de saúde suplementar.

O modelo de regulação bipartite, sob a competência dos Ministérios da Fazenda e da Saúde, vigente com a publicação da Lei nº 9.656/1998, não demorou a apresentar problemas diante das dificuldades de coordenação e de superposição de funções. Como resultado foi editada medida provisória pela qual o CONSU passou a ter a atribuição de órgão regulador, deixando de ser vinculado ao Ministério da Saúde, passando a ser um órgão interministerial, vinculado à Casa Civil (MENICUCCI, 2007; MONTONE, 2003).

Durante a vigência deste desenho institucional bipartido, o CNSP não emitiu nenhuma norma, o que gerou lacunas, como a falta de regras para autorização de funcionamento e controle das operadoras, enquanto o CONSU produziu 21 (vinte e uma) resoluções (DE MESQUITA, 2002).

Entretanto, no contexto da reforma do Estado pela qual o país passava, de implantação de um modelo de atuação estatal por meio de agências reguladoras, foi proposta a criação de uma agência específica para tratar da saúde suplementar, sendo criada, então, em dezembro de 1999, por meio da Medida Provisória nº 2.012-2, transformada na Lei nº 9.961, em janeiro de 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Segundo Menicucci (2007, p. 270-271), a criação da ANS representou a inserção das reformas institucionais em curso no país, a fim de criar mecanismos estatais de fiscalização,

controle de preços, correção de falhas de mercado, de maneira a promover a sustentabilidade das empresas que atuam no setor e incentivos benéficos aos consumidores.

O artigo 3º da Lei nº9.961/2000 determina que a finalidade institucional da ANS é a promoção da defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

A ANS foi criada sob o regime de autarquia especial, caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

O modelo utilizado de autarquia especial representou uma verdadeira inovação institucional na época de implantação das agências reguladoras, destacando-se a autonomia administrativa como um elemento central e distintivo de outras formas de organização administrativa.

A ANS, além disso, foi criada com um desenho institucional que contava com uma diretoria colegiada composta por 5(cinco) diretores, com mandatos de 3 (três) anos, admitida uma recondução, os quais eram indicados pelo Presidente da República e sabatinados pelo Senado Federal.

Em 2019, a Lei nº 13.848 alterou a Lei nº 9.961, de 2000, estabelecendo mandato de 5 (cinco) anos para os diretores, vedada a recondução.

Os mandatos fixos inserem-se na estruturação das agências reguladoras como um elemento para a garantia da autonomia, na medida em que os dirigentes das agências apenas podem perder o mandato em situações excepcionais, o que, em tese, permite uma atuação mais independente, em comparação com cargos de livre nomeação e exoneração. Entretanto, é importante destacar que, na medida em que se tratam de cargos de livre nomeação pela Presidência da República, submetidos ao escrutínio do Senado, as indicações são políticas, de maneira que a autonomia fica mitigada.

A estrutura organizacional da Agência é composta, ademais, por um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno.

No que concerne às unidades especializadas da ANS, estas foram distribuídas em 5 (cinco) Diretoriais, a saber: Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES); Diretoria de Fiscalização (DIFIS); Diretoria de Gestão (DIGES); Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE); e Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO).

As competências da Agência, distribuídas dentre as 5 (cinco) Diretorias e demais órgãos são previstas, atualmente, na Resolução Regimental nº 01, de 2017:

Quadro 1 – Diretorias da ANS

Diretoria	Atribuições
Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE)	Responsável pela normatização, registro e monitoramento do funcionamento das operadoras, inclusive intervenção e liquidação;
Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO)	Responsável pela normatização, registro e monitoramento dos produtos, inclusive reajuste de planos individuais e familiares;
Diretoria de Fiscalização (DIFIS)	Responsável por todo o processo de fiscalização, aspectos econômico-financeiros, médicos assistenciais, apoio ao consumidor e articulação com os órgãos de defesa;
Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES)	Responsável pelo sistema de ressarcimento ao SUS e pelo desenvolvimento de instrumentos que viabilizem a melhoria da qualidade e o aumento da competitividade do setor; e
Diretoria de Gestão (DIGES)	Responsável pelo gerenciamento de recursos humanos e financeiros, suprimentos, informática e informação.

Fonte: Adaptado pela autora de Pietrobon et al (2008)

A Lei nº 9.961/2000 concedeu à ANS competências para regular o setor de planos de saúde e, no exercício desta competência, a Agência atua por meio do exercício do poder normativo. Dessa forma, a ANS edita atos normativos que disciplinam não só o mercado suplementar de saúde, como também a sua própria rotina administrativa e, para tanto, dispôs dos seguintes instrumentos desde a sua criação: Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC); Resoluções Normativas (RN); Súmulas Normativas (SN); Resoluções Operacionais (RO); Resoluções Regimentais (RR); Instruções normativas (IN); Instruções de Serviço (IS); e Resoluções de Diretoria (RE).

A Lei nº 9.961/2000 também estabeleceu que a ANS seria regida por um contrato de gestão, negociado com o Ministério da Saúde e aprovado pelo CONSU, o qual estabelecia os parâmetros da administração da ANS, bem como os indicadores de avaliação do desempenho

da Agência. O descumprimento do contrato de gestão, nos termos da Lei, poderia implicar no afastamento do Diretor-Presidente do órgão pelo Presidente da República.

Pereira (2003) acentua que, à época, apenas as agências reguladoras do setor de saúde eram vinculadas a um contrato de gestão e que essa vinculação se tratou de um mecanismo institucional de controle governamental sobre as agências, a despeito da autonomia concedida.

A Lei nº 13.848/2019 revogou as disposições da Lei nº 9.961/2000 que tratavam do contrato de gestão. A Lei nº 13.848/2019 criou, por sua vez, a obrigatoriedade de elaboração de em plano estratégico quadrienal, um plano de gestão anual e agenda regulatória, os quais passam a funcionar como instrumentos de controle e prestação de contas das agências. Além disso, dispôs que o controle externo das agências será exercido pelo Congresso Nacional, com auxílio do Tribunal de Contas da União.

A respeito do grau de insulamento institucional, a Lei nº 9.961/2000 veda que ex-diretores da Agência representem qualquer pessoa ou interesse perante a própria ANS e participe, exerça cargo ou função em organização submetida à regulação por até 12 (doze) meses após deixar o cargo.

O modelo de regulação pelo qual optou-se à época, com a criação de uma agência reguladora dotada de autonomia, revelou uma opção pela qual houve a transferência de poderes regulatórios para um órgão independente dentro da estrutura administrativa do Estado.

Para Pereira (2003) essa opção está relacionada aos ganhos de informação, de flexibilidade administrativa, de transferência de responsabilidade, de credibilidade e de iniciativa política do Governo.

Para o autor, no caso específico da ANS, o desenho institucional formulado foi decorrente, especialmente, dos ganhos pelos créditos da iniciativa, ao propor uma inovação de engenharia institucional; ganhos de transferência de responsabilidade, ao transferir a responsabilidade pela condução das políticas públicas do setor para uma entidade autônoma; e ganhos informacionais, a partir da criação de um corpo técnico especializado apto a organizar informações do mercado.

Outro ponto que merece atenção em relação ao desenho da Agência é a formulação quanto à missão, visão e valores do órgão, os quais expressam princípios norteadores da atuação institucional.

A ANS conta, ademais, com diversos instrumentos de participação social, como: Câmara de Saúde Suplementar; audiências públicas; consultas públicas; câmaras e grupos técnicos.

Além disso, desde 2011, a ANS elabora uma Agenda Regulatória, cujo objetivo é planejar as ações, estabelecendo os assuntos prioritários que serão analisados pelo órgão em determinado lapso temporal. Trata-se de um mecanismo que confere transparência institucional, na medida em que indica para os atores envolvidos quais os assuntos serão debatidos no período.

Assim, a criação da ANS representou uma verdadeira mudança e inovação institucional, ao criar um órgão específico com a função de regular, controlar e fiscalizar o mercado de planos de saúde, dotado de uma organização administrativa *sui generis*, permitida por uma conjuntura de reforma do Estado que privilegiou a introdução das agências reguladoras no Brasil.

2.2.3 A regulação dos planos de saúde de 1998 a 2018

Ao longo dos 20 (vinte) anos de regulação após a entrada em vigor da Lei nº 9.656/1998, foram editados inúmeros instrumentos normativos que regulamentaram diversos aspectos do mercado de planos privados de assistência à saúde.

Logo após a publicação da Lei nº 9.656/1998, foram editadas 23 (vinte e três) resoluções pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU). Essas resoluções regulamentaram, em nível infralegal, dispositivos do marco regulatório, bem como a estruturação da regulação setorial.

Dentre os temas que foram objeto de regulamentação pelo CONSU, ainda em 1998, estão regras sobre: cobertura em caso de doenças ou lesão preexistentes; estruturação da fiscalização do setor; adaptação de contratos anteriores à lei; caracterização de operadoras em modalidades; reajustes por faixa etária; informações a serem disponibilizadas pelas operadoras ao órgão competente para regulação setorial; mecanismos de regulação; ressarcimento ao SUS; rol de procedimentos de cobertura obrigatória; cobertura em casos de urgência/emergência; e regimes de contratação de planos de saúde.

As Resoluções CONSU representaram um primeiro esforço de regulamentação setorial e, nesse sentido, o Conselho editou 15 (quinze) resoluções para tratar dos produtos comercializados no setor, incluindo 8 (oito) a respeito dos limites de cobertura assistencial, 5 (cinco) a respeito das atividades de operadoras e 3 (três) sobre a estruturação das atividades regulatórias.

Nesse primeiro momento verifica-se que os aspectos que ganharam maior atenção foram justamente os relacionados aos problemas identificados no setor, com elevado grau de judicialização, como negativas de cobertura e aplicação de reajustes abusivos.

Das 23 (vinte e três) resoluções, apenas 4 (quatro) encontram-se, atualmente, em vigor, destacando-se a Resolução CONSU nº 8, que trata dos mecanismos de regulação e a Resolução CONSU nº 13, que trata dos atendimentos em casos de urgência/emergência.

Para Bahia e Viana (2002) a regulamentação do setor tinha por objetivo mitigar as falhas do mercado de saúde suplementar, como a seleção de riscos e a assimetria de informações, preservando a competitividade do setor.

Com o advento da Lei nº 9.961, de 2000, a regulamentação setorial passou a ser de competência da ANS. Assim, entre 2000 e 2002, foram editadas 95 (noventa e cinco) Resoluções de Diretoria Colegiada (RDCs) e, de 2002 até julho de 2019, 445 (quatrocentas e quarenta e cinco) Resoluções Normativas.⁶

Ultrapassada a fase inicial de regulação setorial, em que as falhas de mercado como a assimetria de informação e a seleção de riscos foram objeto da regulamentação, que se concentrou em aspectos relacionados aos produtos comercializados, em especial no que se refere à cobertura assistencial, de 2000 a 2002, a ANS regulamentou itens relacionados à atividade das empresas que atuam no setor, no que concerne a aspectos econômico-financeiros e a regras de entrada e saída do mercado.

Desse modo, no período de 2000 a 2002, destacam-se 14 (quatorze) Resoluções de Diretoria Colegiada que trataram da atuação das operadoras, sendo 6 (seis) relativas à entrada e saída do mercado e 3 (três) a regras de acompanhamento econômico-financeiro. No mesmo período, destacam-se 6 (seis) resoluções a respeito dos produtos comercializados, sendo 4 (quatro) relativas à cobertura assistencial.

Na fase posterior, de 2002 até julho de 2019, é possível identificar 28 (vinte e oito) resoluções normativas que tratam de aspectos relacionados à cobertura assistencial, ou seja, regulamentando o rol de procedimentos obrigatórios, cobertura em caso de doença ou lesão preexistente, prazos máximos de atendimento, dentre outros tópicos. Além disso, 20 (vinte) resoluções trataram de itens relativos à contratação e troca de plano, incluindo portabilidade de carências e 19 (dezenove) a respeito da aplicação de reajustes. No mesmo período, 49 (quarenta e nove) resoluções normativas regulamentaram aspectos relacionados ao acompanhamento econômico-financeiro das operadoras.

⁶Inicialmente, Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) foi a nomenclatura utilizada pela ANS para designar os instrumentos normativos deliberados pela Diretoria Colegiada. A partir de 2002, os atos normativos editados pela Diretoria passaram a ser chamados de Resolução Normativa (RN), passando a ser utilizados também outros tipos de atos normativos, como Instrução Normativa (IN) que regulamenta aspectos de uma RN, Resolução Operacional (RO) utilizada para operacionalizar regimes especiais de direção fiscal, técnica e liquidação, dentre outros.

Portanto, verifica-se que a regulamentação do setor suplementar de saúde assenta-se tanto em aspectos sociais, relacionados à regulamentação dos contratos e de cobertura assistencial, quanto em aspectos econômico-financeiros, voltados à sustentabilidade econômico-financeira do mercado.

Malta et al (2004) destacam, contudo, a existência de dois campos regulatórios, um campo da macro regulação, que trata justamente da regulamentação via instrumentos normativos editados pelo órgão regulador e, por outro lado, o campo da autorregulação, que é realizada pelos próprios atores setoriais, como operadoras, prestadores e consumidores. Para os autores, a atuação da ANS é centrada no campo macro regulatório, sendo necessária maior presença do órgão na autorregulação.

Desse modo, os autores identificaram três ênfases na atuação da ANS: a) regulação da saúde financeira das operadoras; b) a regulação de contratos e das relações de consumo do setor, tendo como eixo de atuação a fiscalização; e c) a regulação da cobertura, tendo como eixo os produtos (MALTA et al, 2004, p. 436).

Também é importante destacar que, a partir da criação da ANS, o conflito político do campo suplementar de saúde se deslocou do Poder Legislativo para a Agência, que passou a ser a arena na qual os diferentes atores do setor atuam para obter uma regulação que os beneficie (MENICUCCI, 2007).

Assim sendo, sob essa perspectiva, a regulação desde a edição do marco legal conta, conforme já exposto, com uma série de instrumentos que franqueiam a participação dos diversos atores do setor de saúde suplementar nas discussões regulatórias.

De 2000 a julho de 2019, segundo dados da ANS de outubro de 2019, foram realizadas pelo órgão regulador: 15 (quinze) audiências públicas; 75 (setenta e cinco) consultas públicas; 16 (dezesseis) câmaras técnicas; e 33 (trinta e três) grupos técnicos.

Estes instrumentos podem ser compreendidos como o *locus* formal onde os diversos segmentos sociais impactados pela regulação de saúde suplementar apresentam suas demandas, sugestões e objeções, funcionando como arenas de interlocução entre o Estado, o mercado e a sociedade.

A participação da sociedade, no âmbito da ANS, é garantida, ademais, na Câmara de Saúde Suplementar, que é um órgão de participação institucionalizada da sociedade, de caráter permanente e consultivo, que tem por finalidade auxiliar a Diretoria Colegiada da Agência nas suas discussões. A composição do órgão é definida pelo artigo 13 da Lei nº 9.961/2000.

Contudo, vale destacar o caráter meramente consultivo do órgão, o que torna outros instrumentos mais ativos enquanto formas de participação, como as câmaras técnicas e as consultas públicas (MENICUCCI, 2007).

Importante salientar que a arena da saúde suplementar se revela bastante conflitiva, tendo como principais atores, de um lado, as operadoras de planos de saúde e, de outro, os consumidores e os prestadores de serviços.

Quadro 2 – Principais atores na saúde suplementar no Brasil⁷

Ator	Objetivos e Interesses
Operadoras de planos de saúde ⁸	Desregulamentação; benefícios fiscais; crescimento econômico.
Entidades Filantrópicas	Legitimação social; benefícios fiscais; recursos federais.
Prestadores de serviços e profissionais de saúde	Legitimação social; benefícios fiscais; recursos Públicos; remuneração e mercado de trabalho
Consumidores	Amplo direito à assistência, com preço compatível e com renda; participação na formulação de políticas e nos processos decisórios
ANS	Equilíbrio econômico e social e harmonia com o sistema público.

Fonte: Adaptado pela autora de Vilarinho (2010)

Além disso, é importante lembrar que a mudança para o Estado regulador leva também ao surgimento de novos atores na arena política ou ao fortalecimento do poder de velhos atores (MAJONE, 1999).

Como bem acentua Menicucci (2007), dentre os novos atores do setor temos o Poder Judiciário, que tem figurado como protagonista na formulação de políticas, na medida em que resolve os conflitos entre os agentes normativos governamentais e os agentes autônomos, e faz o exame das decisões das agências.

A autora também destaca dentre os novos atores, os especialistas e os reguladores, pelo fato de a regulação demandar conhecimentos específicos, dos quais depende o poder discricionário dos reguladores. Além destes, a autora salienta o surgimento de novos grupos

⁷ A ANS foi elencada dentre os atores da saúde suplementar atuais sob um prisma institucional de análise, considerando os principais atores, interesses e recursos de poder, e na medida em que regula, controla e fiscaliza o campo da saúde suplementar, tendo como instrumentos a legislação, a fiscalização, a autonomia administrativa e a receita advinda da cobrança de taxas.

⁸ É importante destacar que as operadoras de planos privados de assistência à saúde são bastante heterogêneas, com formas de estruturação e organização administrativa muito distintas, repercutindo muitas vezes em interesses também distintos.

pluralistas, que agem intensamente no Estado regulador, como os órgãos de defesa do consumidor (MENICUCCI, 2007).

Dentre os atores que atuam no setor, também é importante observar o papel da indústria, no contexto do complexo industrial da saúde, em especial no que se refere a insumos médico-hospitalares e farmacêuticos (GADELHA, 2003).

Vilarinho (2004) reforça que as forças políticas que interagem na saúde suplementar, com base nos recursos de poder dos atores que o constituem, assemelha-se a um sistema de *checks and balances*, tendendo a um equilíbrio instável, visto que as posições de poder se alteram conforme as mudanças na política regulatória, o que gera reflexos nas estratégias desenvolvidas pelos atores para garantir seus respectivos espaços de poder.

Segundo Baird (2017), considerando as nomeações para a Diretoria Colegiada da Agência, após 2003, houve uma forte influência sanitarista que, ao final dos anos 2000, cedeu lugar a uma inflexão liberal. O ator entende que a heterogeneidade dos modelos de operadoras de saúde reduz as expectativas de consenso no setor, o que inibe uma ação mais forte e concertada dos grupos de interesse.

Dessa forma, verifica-se que a ANS possui mecanismos formais e institucionalizados de discussão das políticas regulatórias, os quais, ao longo do período pós marco regulatório, têm contado com a participação de diversos atores que se relacionam em redes de políticas na concertação de interesses conflitantes, fazendo com que os resultados alcançados sejam fruto das disputas travadas entre estes múltiplos agentes, alguns dotados de importante poder de mercado.

2.3 O mercado de planos privados de assistência à saúde

Nesta seção será abordada a regulação de saúde suplementar, inicialmente tratando das definições das características dos planos privados de assistência à saúde, enquanto conceitos de fundamental importância para a compreensão do presente trabalho. A seguir serão abordadas as características do mercado de saúde suplementar, como forma de contextualizar o universo no qual se dão as relações entre mercado, agência reguladora e sociedade.

2.3.1 As características dos planos privados de assistência à saúde

No presente item serão abordadas as principais características dos planos privados de assistência à saúde, de modo a fornecer a base conceitual sobre o tema.

Inicialmente, é necessário perscrutar o conceito de planos privados de assistência à saúde, a fim de entender qual é o serviço de saúde contemplado pelo termo e suas características básicas. O artigo 1º, inciso I, da Lei nº 9.656/1998 traz uma definição, vejamos:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

A definição da Lei discrimina uma série de características e variáveis dos planos de saúde, como a sua duração continuada, por prazo indeterminado e com cobertura sem limite financeiro para assistência à saúde. Além disso, estabelece características que podem definir diferentes modalidades na oferta desses produtos, como a opções de preço, pré ou pós estabelecidos, as opções de oferta de serviços, os quais podem ser fornecidos diretamente, por meio de rede própria das operadoras de planos de saúde, por meio de uma rede credenciada ou por meio de reembolso de despesas e mesmo as características quanto à segmentação coberta.

O artigo 12 da Lei nº 9.656/1998 elenca as segmentações assistenciais, ou seja, o que deve ser coberto pela operadora de planos de saúde de acordo com o tipo de serviço contratado, podendo ser ambulatorial, hospitalar, obstétrico, odontológico e referência:

- i. segmentação ambulatorial é aquela que compreende consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato;
- ii. segmentação hospitalar garante a prestação de serviços, em regime de internação hospitalar, aos procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato, compreendendo atenção ao parto, quando o plano for com obstetria;
- iii. segmentação odontológica garante assistência odontológica, compreendendo procedimentos realizados em ambiente ambulatorial que estejam determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato; e
- iv. plano referência é aquele com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar com obstetria e acomodação em enfermaria, de oferecimento obrigatório pelas operadoras de planos privados de saúde.

Para cada uma dessas segmentações há procedimentos de cobertura obrigatória. Estas segmentações podem ser combinadas entre si, como, por exemplo, nos casos de planos ambulatoriais, hospitalares e com obstetrícia. Assim, a classificação quanto à segmentação assistencial contratada é de suma importância, porque delimita a cobertura contratual.

Outra classificação dos planos de saúde é relativa à abrangência geográfica contratual, ou seja, em que cidades o beneficiário terá acesso à assistência, podendo ser: nacional; estadual; por grupo de estados; municipal; ou por grupo de municípios. A abrangência contratual, portanto, também estabelece parâmetros de cobertura.

No que concerne à formação de preços, como já exposto ao conceituar os planos de saúde, esta pode ocorrer de forma pré ou pós-estabelecida.

Os planos contratados sob a forma de pagamento pré-estabelecida são aqueles cujo valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas. Já os planos contratados sob a forma de pagamento pós-estabelecida são aqueles cujo valor da contraprestação pecuniária é calculado após a realização das despesas com as coberturas contratadas, devendo ser limitado à contratação coletiva em caso de plano médico-hospitalar.

O pagamento pós-estabelecido pode ocorrer: por rateio, ou seja, quando a operadora ou pessoa jurídica contratante divide o valor total das despesas assistenciais entre todos os beneficiários do plano; por custo operacional, ou seja, quando a operadora repassa à pessoa jurídica contratante o valor total das despesas assistenciais; ou, ainda, misto, exclusivamente no caso dos planos odontológicos.

Os planos de saúde podem contar também com os chamados mecanismos de regulação ou fatores moderadores de utilização ou uso, os quais são mecanismos adotados pelas operadoras com a finalidade de controlar ou regular a demanda ou a utilização pelos beneficiários dos serviços cobertos nos planos de saúde.

Os mecanismos de regulação podem ser financeiros ou não. Dentre os mecanismos de regulação sem caráter financeiro, é possível citar a necessidade de autorização prévia para a realização de procedimentos.

Já os mecanismos financeiros de regulação subdividem-se em: coparticipação e franquia. A coparticipação é um mecanismo de regulação financeira que consiste na participação do beneficiário na despesa assistencial a ser paga diretamente à operadora, após a realização de procedimento. Já a franquia consiste no estabelecimento de valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ao beneficiário do plano privado de assistência à saúde ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada.

Além destas características, os planos de saúde também podem ser classificados quanto ao regime de contratação. O artigo 16, inciso VII, da Lei nº 9.656/1998 estabelece a tipologia dos regimes de contratação, quais sejam: individual ou familiar; coletivo empresarial; e coletivo por adesão.

A Resolução CONSU nº 14, de 03 de novembro de 1998, definiu o regime de contratação individual ou coletivo, bem como regulamentou a pertinência das coberturas às doenças e lesões preexistentes e a exigibilidade dos prazos de carência nessas modalidades. A Resolução CONSU nº 14 esteve vigente até 15 de julho de 2009, quando foi revogada pela Resolução Normativa nº 195/2009 da ANS.

A definição quanto aos regimes de contratação, atualmente, está prevista na Resolução Normativa nº 195/2009 da ANS. A Resolução CONSU nº14/1998 e a RN nº195/2009, além de apresentar as definições quanto aos regimes de contratação, estabeleceram regras diferenciadas para a contratação, imputação de prazos de carência, cobertura em caso de doenças ou lesão preexistentes e rescisão contratual, a depender da modalidade contratada.

Os atributos particulares de cada regime de contratação merecem especial atenção, na medida em que são indicativos de como a regulação tratou o tema, direcionando a oferta de cada uma.

A delimitação do regime de contratação não só indica as regras de elegibilidade para a celebração dos contratos, como indica aspectos importantes, como as regras para a aplicação de reajustes anuais, carência, cobertura parcial temporária e rescisão contratual:

Quadro 3 - Principais características dos regimes de contratação de planos de saúde

Modalidade de Contratação	Carência	CPT	Reajuste Anual	Rescisão Contratual
Individual	24h- Urgência/Emergência; 300 dias para parto a termo; e 180 dias para os demais procedimentos.	24 meses	Limite máximo percentual definido pela ANS	Salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja notificado até o 50º dia de inadimplência

Coletiva empresarial com menos de 30 vidas	24h- Urgência/Emergência; 300 dias para parto a termo; e 180 dias para os demais procedimentos.	24 meses	Pool de risco - agrupamento dos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste.	Poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.
Coletiva empresarial com mais de 30 vidas	Sem carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante	Sem CPT, desde que o beneficiário ingresse em até 30 da celebração do contrato ou de sua vinculação a pessoa jurídica	Livre negociação	Poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.
Coletiva por adesão com menos de 30 vidas	Sem carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 da celebração do contrato coletivo.	24 meses	Pool de risco - agrupamento dos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste.	Poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.
Coletiva por adesão com mais de 30 vidas	Sem carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 da celebração do contrato coletivo.	24 meses	Livre negociação	Poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.

Fonte: Elaboração Própria com base na RN nº 195/2009 da ANS

As características dos planos de saúde são fundamentais a fim de identificar o espectro de cobertura de cada contrato e servem de base para as análises quanto à oferta de planos, na medida em que estas características influenciam o comportamento do mercado, estabelecendo uma relação entre a regulamentação e a dinâmica da trajetória setorial.

2.3.2 As características do mercado de saúde suplementar

Nesta seção serão traçados os principais aspectos do mercado de planos privados de assistência à saúde, com o objetivo de contextualizar o *locus* da regulação setorial.

Até os anos 90, o mercado de planos privados de assistência à saúde era marcado por incentivos de natureza fiscal, ausência de barreiras de entrada e saída e de limites para a diferenciação de produtos, tratando-se de um mercado pouco regulado (COSTA e CASTRO, 2004, p. 49).

A edição do marco regulatório estabeleceu os critérios de diferenciação de produtos – segmentação assistencial, abrangência geográfica, regime de contratação e de financiamento – bem como estabeleceu regras para a entrada e saída de empresas no mercado e limites contratuais para a proteção de consumidores.

Além da edição do marco legal do setor, foi criada a ANS, que na atividade de regulação tem criado normas e sanções pelas quais as operadoras passaram a ser responsabilizadas por práticas como a seleção de riscos e inadequação econômico-financeira (COSTA e CASTRO, 2004).

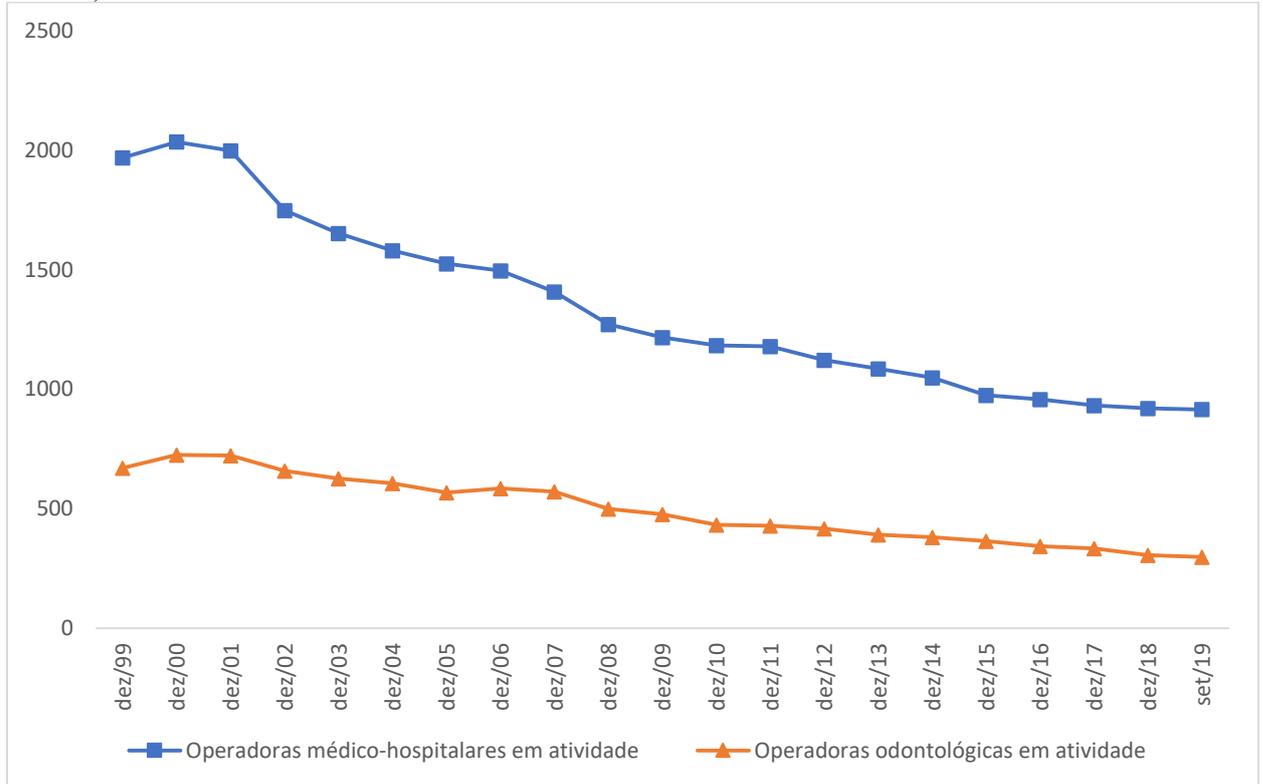
O mercado de planos de saúde teve crescimento já a partir do final da década de 1980, antes da criação do SUS, e o número de empresas do setor saiu de 483 (quatrocentas e oitenta e três), na década de 1980, e passou a ser de 1.396 (um mil, trezentas e noventa e seis) no final da década de 1990 (COSTA e CASTRO, 2004, p. 50).

Costa e Castro (2004) enumeram algumas razões estruturais responsáveis pelo crescimento do setor: subfinanciamento do setor público, em razão de políticas de ajuste fiscal; competição no setor produtivo que passa a usar a assistência à saúde na política de recursos humanos das empresas; busca de rendas adicionais pelos profissionais da área de saúde; custos crescentes dos serviços, dificultando o pagamento direto pelos consumidores; e insatisfação da classe média com a qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS. Ademais, outros autores também apontam os incentivos governamentais, em diversos contextos, como uma das razões de crescimento do setor.

Com o advento do marco regulatório, tornou-se obrigatório o registro junto ao órgão regulador, inicialmente sob a responsabilidade do Departamento de Saúde Suplementar (DESAS) do Ministério da Saúde, sucedido, em 2000, pela ANS. Assim, no momento imediato pós marco legal, um número elevado de operadoras solicitou registro e autorização de funcionamento, mas nos anos seguintes houve uma redução no número de operadoras ativas,

de maneira que, segundo dados da ANS de setembro de 2019, o mercado conta hoje com 1.208 (um mil, duzentas e oito) operadoras ativas⁹:

Gráfico 1 – Evolução do número de operadoras de planos de saúde em atividade (Brasil - 1999 a 2019)

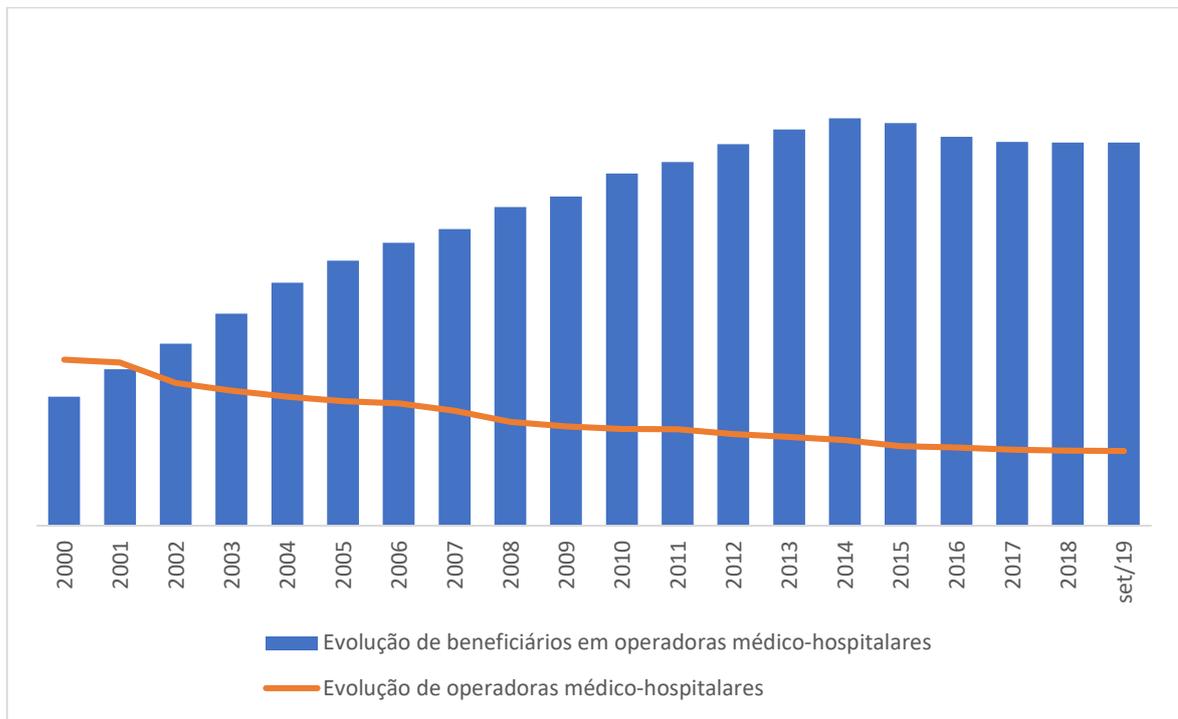


Fonte: Elaboração Própria com base nos Dados Consolidados da Saúde Suplementar – Set-2019

Ao comparar a evolução do número de beneficiários de planos de saúde com o número de operadoras em atividade, é possível identificar que o aumento no número de vínculos foi acompanhado pela redução no número de empresas que atuam no setor:

⁹ Dados extraídos do ANS TABNET em 12/12/2019

Gráfico 2 – Evolução do número de beneficiários e de operadoras de planos de saúde médico-hospitalares (Brasil – 2000 a 2019)



Fonte: Elaboração Própria com base nos Dados Consolidados da Saúde Suplementar – Set-2019

Além da redução no número de operadoras de planos de saúde, atualmente, apenas 7 (sete) operadoras detêm 33,65% do número de beneficiários vinculados a planos médico-hospitalares, segundo dados da ANS de abril de 2019, o que indica uma elevada concentração no setor.

Ocké-Reis (2007) destaca que o padrão de competição no mercado de saúde suplementar tem perfil oligopolista, orientado mais pela diferenciação dos produtos ofertados do que pela liderança em custos, com disputa pelas carteiras de planos coletivos empresariais na área geográfica de atuação. O autor também considera que a expansão do *market share* no segmento dos planos empresariais é uma forma de seleção de riscos, já que os planos individuais ou familiares novos, ou seja, firmados após a Lei nº 9.656/1998, possuem teto para aplicação de reajuste anual.

No que se refere à concentração de mercado, partindo da delimitação de mercados relevantes, em relação aos regimes de contratação, Andrade et al (2015) identificaram que o mercado de planos individuais ou familiares é muito concentrado, enquanto o mercado de planos coletivos é mais competitivo.

Para os autores a diferença de concentração entre os mercados de planos individuais e coletivos está relacionada com a natureza destes contratos, pois os planos individuais demandam escala maior de beneficiários, tendo em vista os custos de transação mais elevados, além de ter um perfil de beneficiários mais envelhecido e regulação mais restritiva, ao contrário dos planos coletivos que se concentram mais na oferta para beneficiários em idade economicamente ativa, com diluição dos custos de transação e regulação menos restritiva.

Andrade et al (2015) também identificam uma tendência de que as operadoras têm optado pela competição no mercado de planos coletivos, em detrimento do mercado de planos individuais, em razão das diferenças estruturais entre as modalidades de contratação expostas. Os autores alertam, ademais, que a mudança de perfil demográfico no Brasil, com o envelhecimento populacional, torna premente a sustentabilidade da oferta de planos individuais ou familiares, já que os idosos, por estarem fora do mercado de trabalho, não contam com a opção de contratação na modalidade coletiva.

O mercado de planos de saúde tem, ademais, como características uma demanda inelástica e a presença de externalidades que interferem nos mecanismos de mercado, além de uma sensibilidade à taxa de juros, à rigidez dos fatores de produção, à incorporação tecnológica e ao câmbio (OCKÉ-REIS ET AL, 2005; OCKÉ-REIS, 2007).

Vale destacar, ainda, que o setor suplementar de saúde apresenta falhas de mercado relativas à informação imperfeita, competição limitada, risco moral por parte dos beneficiários e seleção de riscos por parte das empresas (COSTA e CASTRO, 2004).

O mercado de planos privados de assistência à saúde é composto por diferentes modalidades de empresas. A Resolução de Diretoria Colegiada da ANS nº39, de 2000, no artigo 10, estabelece as modalidades de operação: administradora; cooperativa médica; cooperativa odontológica; autogestão; medicina de grupo; odontologia de grupo; ou filantropia.

Quadro 4 – Modalidades de operadoras

Modalidade	Definição	Regulamentação
Administradora	Pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos.	Art. 2º - RN nº 196
Seguradora	Operadora que não possui rede própria e que são obrigadas a prever a livre escolha, onde os segurados podem escolher estabelecimentos ou profissionais de saúde não referenciados pela seguradora, mediante o reembolso das despesas	Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001.

Cooperativa Médica	Sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde.	Art. 12 - RDC nº 39
Cooperativa Odontológica	Sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos	Art. 13 - RDC nº 39
Autogestão	Pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde ou pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, opera plano privado de assistência à saúde ou, ainda, pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação ou fundação, que opera plano privado de assistência à saúde aos integrantes de determinada categoria profissional que sejam seus associados ou associados de seu instituidor.	Art. 2º - RN 137
Medicina De Grupo	Empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde que não se enquadrem nas demais modalidades	Art. 15 - RDC nº 39
Odontologia De Grupo	Empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos que não se enquadrem nas demais modalidades	Art. 16 - RDC nº 39
Filantropia	Entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido o certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo Ministério competente, dentro do prazo de validade, bem como da declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais, na forma da regulamentação normativa específica vigente	Art. 17 - RDC nº 39

Fonte: Elaboração Própria

Em relação às modalidades de operadoras que atuam no mercado suplementar de saúde, de acordo com Kornis e Caetano (2002, p. 41-42), as medicinas de grupo são as empresas pioneiras no setor e, em geral, não dispõem de serviços próprios, contratando serviços de terceiros, além disso, operam sob o regime de pré-pagamento de planos coletivos ou individuais familiares, com graus de qualidade e cobertura muito diversificados, prestados diretamente ou por meio de uma rede credenciada.

Segundo os autores, as cooperativas médicas, por sua vez, são subordinadas à lei do cooperativismo, ou seja, os profissionais médicos e odontólogos são cooperativados e atuam como sócios da cooperativa, recebendo pagamento proporcional ao tipo e volume de atendimento, além do rateio do lucro da cooperativa. Nesta modalidade a forma de financiamento também se dá por meio de pré-pagamento e os planos são comercializados nos regimes de contratação coletivos e individuais ou familiares. Os autores salientam que as cooperativas têm grande penetração no território nacional com organização predominantemente municipal.

As autogestões são caracterizadas por fornecer diretamente assistência à saúde aos funcionários das respectivas empresas ou por intermédio da administração de terceiros. Em geral, nessa modalidade a assistência é garantida por credenciamento de serviços ou por meio de reembolso de despesas e apenas nos regimes coletivos de contratação (KORNIS e CAETANO, 2002, p. 41-42).

As seguradoras especializadas em saúde, a seu turno, distinguem-se por não prestarem a assistência diretamente, mas usando um mecanismo de intermediação financeira por apólice, com sistema de pré-pagamento (KORNIS e CAETANO, 2002, p. 41-42).

No que concerne às administradoras de benefícios, trata-se de uma modalidade de operação que ganhou mais destaque após a edição das Resoluções Normativas nº 195 e nº196, na qual a operadora não presta serviços de assistência à saúde, mas apenas de intermediação contratual: promovendo a reunião de pessoas jurídicas contratantes; contratando plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de estipulante; oferecendo planos para associados das pessoas jurídicas contratantes; e apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como negociação de reajuste, aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde e alteração de rede assistencial.

As administradoras de benefícios atuam apenas no segmento de planos coletivos e contratam outra operadora para a prestação da assistência médica e/ou odontológica aos consumidores vinculados à pessoa jurídica contratante.

Quanto à composição do mercado, atualmente, o maior número de operadoras atua na modalidade de cooperativa médica, seguidas das medicinas de grupo, de acordo com dados da ANS de dezembro de 2019. As seguradoras especializadas em saúde representam o menor número de operadoras:

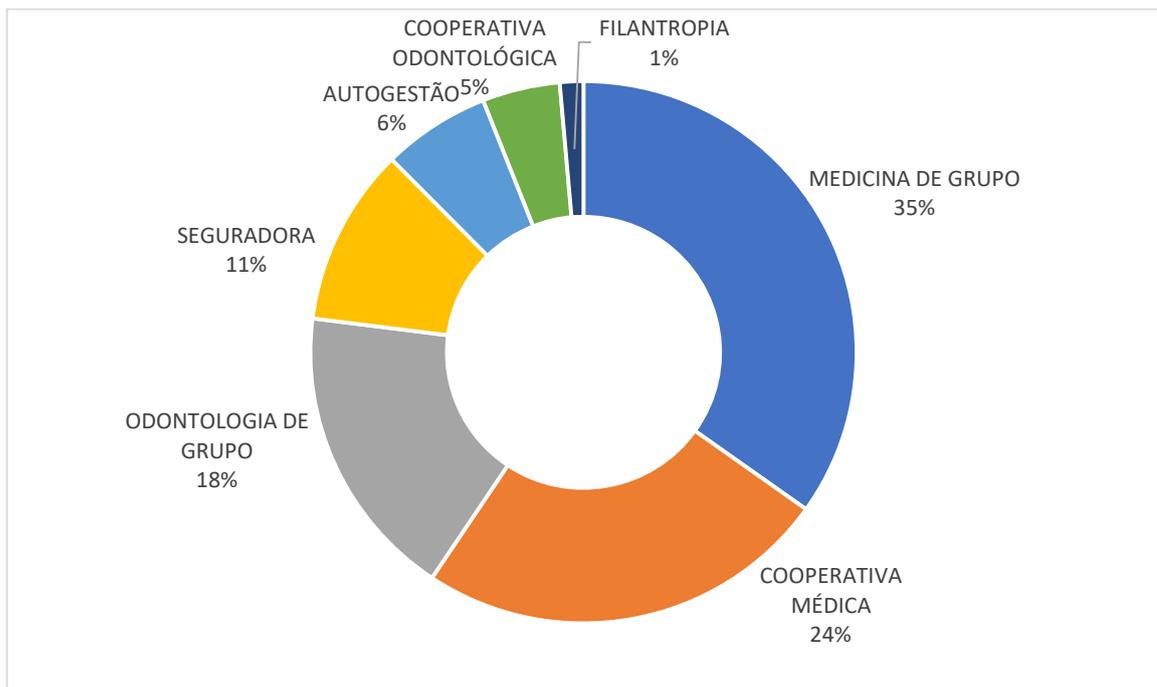
Tabela 3 – Número de operadoras por modalidade (Brasil - dezembro/2019)

Modalidade	Nº de operadoras
Cooperativa Médica	288
Medicina de Grupo	258
Odontologia de Grupo	191
Autogestão	160
Administradora de Benefícios	157
Cooperativa Odontológica	105
Filantropia	40
Seguradora Especializada em Saúde	9
Total:	1208

Fonte: Elaboração Própria com dados extraídos da ANS TABNET, em 12/12/2019

Quanto à distribuição de beneficiários de acordo com a modalidade de operação, verifica-se a maior concentração em operadoras que atuam como medicinas de grupo, seguidas das cooperativas médicas:

Gráfico 3 – Distribuição de beneficiários por modalidade de operadora (Brasil - dezembro/2019)



Fonte: Elaboração Própria, com base em dados extraídos da Sala de Situação da ANS em 12/12/2019

Bahia (1999), por sua vez, estabeleceu uma tipologia das modalidades de operação baseada na gestão dos riscos: mutualista e securitária. Na modalidade mutualista as empresas empregadoras assumem os riscos, ou seja, prestam assistência à saúde diretamente, como no caso de autogestões; já na modalidade securitária os riscos são administrados por uma empresa especializada, por meio da contratação de uma operadora de planos de saúde.

De acordo com a autora essas tipologias podem ter diferentes formatos institucionais: a) na mutualista esses arranjos podem se dar em instâncias independentes, na forma associativa-sindical, ou na prestação direta organizada pela empresa empregadora; b) no caso dos arranjos securitários, os serviços podem ser prestados por medicinas de grupo, cooperativas médicas ou seguradoras especializadas em saúde.

As operadoras também podem ser classificadas de acordo com a segmentação assistencial ofertada: operadoras médico-hospitalares, ou seja, aquelas que ofertam planos com cobertura ambulatorial e/ou hospitalar, combinadas ou não com as segmentações obstétrica e odontológica; e operadoras exclusivamente odontológicas, que são aquelas que oferecem planos apenas na segmentação odontológica.

O mercado de planos privados de assistência à saúde, como visto, é marcado por diferentes modelos de atuação das operadoras e, após a edição do marco regulatório, tem apresentado uma tendência de concentração, especialmente na comercialização de planos individuais ou familiares, o que, diante de aspectos como a mudança demográfica, pode impactar todo o sistema de saúde brasileiro, como, por exemplo, ao dificultar a contratação de planos de saúde por idosos, direcionando-os para o SUS.

Dessa forma, compreender como a oferta dos regimes de contratação está estruturada no contexto deste mercado é importante a fim de traçar estratégias regulatórias em consonância com as políticas de saúde do país.

3 METODOLOGIA

Neste capítulo será apresentada a opção teórico-metodológica adotada no trabalho, bem como descrita a amostra de documentos e base de dados utilizada, sendo, por fim, apresentadas as limitações do estudo.

3.1 Opção teórico-metodológica

A metodologia escolhida para a realização da pesquisa é a qualitativa, tendo em vista a necessidade de interpretar a política regulatória, a fim de compreendê-la no contexto em que ocorre e de verificar se as ações desenvolvidas convergem para um determinado pensamento, como aspecto essencial de intencionalidade e significado dos agentes.

O objetivo da proposta metodológica é relacionar o perfil das empresas na oferta de produtos, identificado a partir da base de dados da ANS, com os instrumentos regulatórios emitidos no período e os conceitos e ideias norteadores desses instrumentos, aferidos pela análise documental.

O tipo de pesquisa escolhido na abordagem qualitativa foi a documental, realizada por meio de documentação indireta, como material disponibilizado em: audiências públicas; consultas públicas; câmaras e grupos técnicos e comitês; e análise do arcabouço legal e infralegal relacionados ao tema.

Dentre as vantagens da pesquisa documental, é possível elencar o fato de que nesses documentos as informações permanecem as mesmas após longos períodos de tempo, por terem origem em um determinado contexto histórico, econômico e social, e retratarem e fornecerem dados sobre esse mesmo contexto, não sofrendo com alterações de comportamentos dos sujeitos. Além disso, também é indicada para a análise de longos períodos de tempo, para a identificação de tendências comportamentais (GODOY, 1995).

Considerando que a presente pesquisa teve por objetivo justamente avaliar a relação entre os regimes de planos de saúde ofertados e o contexto regulatório, a pesquisa documental revela-se uma importante fonte de informações para identificar as posições do Órgão Regulador sobre a temática envolvida na análise.

Ao lado da pesquisa documental, também foi realizada a análise da base de dados de cadastro de produtos da ANS, por meio da elaboração de séries temporais.

Minayo et al (2005) salientam que o uso de séries históricas aumenta a capacidade interpretativa do objeto de estudo, já que, dentre outros fatores, os efeitos de história são mais facilmente identificados, permitindo averiguar os impactos ao longo do tempo de uma determinada medida.

A elaboração de uma série histórica a partir da base de dados de produtos registrados na ANS tem por objetivo justamente avaliar o impacto da regulação nos regimes de contratação ofertados, ao longo do tempo, considerando o contexto do período analisado.

Cabe destacar que a utilização de análise documental e da elaboração de séries históricas tem por fundamento construir uma complementariedade entre essas perspectivas, de modo a construir uma análise mais consistente.

Dessa forma, a partir da análise da base de dados dos produtos registrados na ANS e dos documentos e legislação selecionados, objetiva-se traçar a trajetória dos regimes de contratação de planos de saúde no período pós publicação da Lei nº 9.656/1998 e as correlações com a trajetória regulatória.

3.2 A amostra de documentos e a base de dados

Para a análise da legislação de saúde suplementar e documental foram propostas categoriais de análise relacionadas aos regimes de contratação de planos, ou seja, temas que impactam na regulamentação dos planos individuais ou familiares, coletivos empresariais e coletivos por adesão, quais sejam: características dos regimes de contratação; reajustes; portabilidade de carências; aposentados e demitidos; e registro de produtos.

A seleção dos instrumentos normativos relacionados às categorias de análise foi realizada por meio de busca no sítio eletrônico da ANS, utilizando a descrição dos atos normativos como meio de identificar quais se enquadram nas categorias propostas.

Também foram selecionados documentos da ANS disponibilizados no sítio eletrônico, relativos a instrumentos de participação social e que se enquadram nas categorias de análise. Dentre os instrumentos de participação da sociedade identificados estão:

1. audiências públicas - reuniões públicas, franqueadas à participação de toda a sociedade, nas quais temas relevantes são debatidos pelos presentes, estabelecidas regras de participação, tendo como princípios norteadores a transparência e a oralidade;
2. consultas públicas – são um mecanismo de participação social pelo qual a sociedade é consultada sobre determinado tema, na forma escrita, estando a participação franqueada a toda sociedade;
3. câmaras e grupos técnicos - são grupos temporários compostos por especialistas do órgão e/ou por representantes de todos os envolvidos no setor, de acordo com o nível de complexidade e importância dos assuntos abordados, possuindo um regimento interno que formaliza a criação da câmara ou grupo;

4. comitês ou comissões - são grupos permanentes compostos por especialistas do órgão e por representantes do setor, possuindo um regimento interno que formaliza a criação da câmara ou grupo.

A opção pelos documentos vinculados a mecanismos de participação social se deu em virtude de revelarem as posições da Agência, bem como algumas relações travadas entre os atores da saúde suplementar na formulação e implementação de políticas regulatórias.

Além da análise dos atos normativos e da base documental selecionada, foi analisada a base do cadastro de produtos da ANS, uma vez que desde a edição do marco legal do setor de saúde suplementar é obrigatório o registro, pelas operadoras de planos de saúde, dos produtos ofertados no mercado.

A análise do banco de dados dos produtos registrados pelas empresas que atuam no mercado pode ser considerada uma *proxy* do comportamento das operadoras em relação à oferta de planos, já que os planos de saúde só podem ser comercializados mediante registro, sob pena de aplicação de penalidades.

Com o intuito de verificar esse comportamento ao longo do período regulado, foram elaboradas séries temporais a partir dos registros, a fim de correlacionar estes registros e a regulamentação setorial. Para tanto foram consideradas as características dos planos, assim como a situação cadastral.

Dessa forma, foi analisado o banco de dados do Sistema de Registro de Produtos da ANS (RPS), por meio da base de Características dos Produtos, disponibilizada nos Dados Abertos da ANS, sendo observadas as seguintes variáveis:

1. Vigência do plano – indica se o produto é anterior ou posterior à Lei nº9.656/1998;
2. Contratação – informa qual o regime de contratação do plano, se individual ou familiar; coletivo empresarial; e ou coletivo por adesão.
3. Modalidade de operadora – identifica a modalidade de operadora a qual o produto é vinculado, ou seja, se a operadora é uma medicina ou odontologia de grupo; seguradora; cooperativa médica ou odontológica; autogestão; ou filantropia;
4. Porte da operadora – identifica se a operadora a qual o produto é vinculado é de pequeno porte; médio porte; ou grande porte;
5. Segmentação assistencial – identifica a segmentação assistencial do produto, se o produto é ambulatorial; hospitalar; obstétrico; odontológico; ou referência.

6. Abrangência geográfica – identifica qual a abrangência contratual do produto, definindo grupos de abrangência como municipal; grupo de municípios; estadual; grupo de estados; e nacional;
7. Tipo de financiamento – esclarece se o plano é de pré-pagamento ou pós-pagamento;
8. Fator moderador – informa se o produto conta com mecanismos financeiros de regulação, quais sejam, franquia e coparticipação;
9. Situação do plano – indica qual o status do plano, se ativo para comercialização, com comercialização suspensa ou cancelado;
10. Data da situação do plano – indica a data do status atual do plano, indicando as datas de ativação, suspensão ou cancelamento;
11. Data do registro do plano – informa a data em que o produto foi registrado, aplicando-se aos planos posteriores à Lei nº 9.656/1998; já que os planos anteriores estão sujeitos apenas a cadastro.

Para a realização das análises, os produtos foram divididos entre planos anteriores e posteriores à Lei nº 9.656/1998. Além disso, os planos foram divididos por situação:

- i. Planos ativos - plano privado de assistência à saúde com o registro em situação de regularidade para comercialização ou disponibilização;
- ii. Plano ativo com comercialização suspensa - plano privado de assistência à saúde cujo registro esteja com a comercialização ou disponibilização proibida para novos contratos, mantendo a assistência prevista nos contratos já firmados;
- iii. Plano cancelado - plano privado de assistência à saúde cujo registro se tornou inativo, em caráter definitivo, por decisão da ANS ou a pedido da operadora, desde que verificada a inexistência de beneficiários ativos vinculados;
- iv. Plano transferido – plano privado de assistência à saúde cujo registro encontra-se suspenso, em razão de alienação de carteira, incorporação, fusão ou cisão, até a atualização da Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP).

A análise realizada foi descritiva dos produtos registrados pelas operadoras de planos de saúde junto à ANS, sendo as informações consolidadas e compiladas em tabelas e gráficos.

Tem relevo destacar que o marco temporal de análise documental e de dados foi a edição da Lei nº.656/98 até 2018, ou seja, o último período cujos dados anuais estavam disponíveis quando da realização da pesquisa.

Dessa forma, a metodologia proposta foi a qualitativa, baseada na análise documental, combinada com a análise do banco de dados da ANS relativo ao registro de produtos – Sistema de Registro de Produtos da ANS (RPS).

3.3 Limitações do estudo

Dentre as limitações do estudo estão a presença de registros com erro, na base de dados da ANS, bem como a falta de informações quanto à suspensão e cancelamento de produtos.

Em relação à presença de registros com erro na base de dados da ANS, tratam-se de planos que foram registrados de forma incorreta, pelas operadoras, contendo, por exemplo, mais de um regime de contratação, o que é vedado pela regulamentação. Os erros de registro ocorreram na fase inicial pós regulamentação, levando ao cancelamento de registro destes produtos posteriormente.

Dessa forma, ao analisar aspectos sobre os produtos novos, ou seja, firmados após o advento da Lei nº 9.656/1998, nota-se a presença de produtos nessa situação. Considerando que esses produtos foram cancelados, ao analisar os planos ativos, esses dados não impactam a amostra.

No que se refere à falta de informações quanto à suspensão ou cancelamento de produtos, nos dados disponibilizados pela ANS não constam informações quanto à compulsoriedade ou não do cancelamento ou suspensão do produto, o que significa que não são identificados os produtos que foram cancelados ou suspensos por determinação da ANS e os que foram cancelados ou suspensos a pedido das operadoras.

Em que pese a análise da amostra de planos ativos, com comercialização suspensa ou cancelados seja suficiente para realizar o diagnóstico situacional dos tipos de planos ofertados, a avaliação do grupo de produtos na situação “com comercialização suspensa” e “cancelado” a pedido seria um indicativo daqueles planos deliberadamente retirados do mercado pelas operadoras. Importante esclarecer que quanto a esses dados, a ANS informou, em resposta ao pedido de informações protocolado sob o nº 25820009655201939, que, *in verbis*:

Informações sobre o motivo do cancelamento e o(s) motivo(s) de suspensão de cada plano, caso sejam estas as situações em que o plano se encontra, não estão disponíveis para consulta externa visto que não existe uma base de consulta homologada para divulgação. Esta base de consulta está em processo de elaboração junto ao departamento de sistemas de informação.

Ademais, é importante esclarecer que, a despeito das previsões regulamentares de que as operadoras só podem comercializar produtos nos termos do registro e aqueles que estiverem ativos para comercialização, sob pena da conduta ser considerada prática infrativa sujeita à

aplicação de penalidades, há casos de comercialização sem registro, comercialização de produtos de forma diversa da registrada e de recusa de comercialização de produtos ativos.

Portanto, como já salientado, a análise do banco de dados da ANS serve como uma *proxy* do comportamento de mercado.

4 REGIMES DE CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Neste capítulo será apresentado o diagnóstico situacional de cada regime de contratação de planos de saúde, a partir da análise dos dados disponibilizados pela ANS e do arcabouço teórico sobre o tema.

Assim, serão abordadas as características da carteira de beneficiários vinculados a cada regime contratual, passando à análise dos produtos registrados junto à ANS, condições regulamentares e análise da trajetória.

Por fim, será realizada uma análise comparada dos regimes de contratação, a fim de traçar o panorama atual do mercado de planos de saúde em relação ao tema.

4.1 Diagnóstico situacional da oferta de planos segundo o regime de contratação

Nesta seção serão abordados os principais aspectos das contratações coletivas empresariais, coletivas por adesão e individuais ou familiares, considerando o arcabouço legal e regulamentar sobre o tema, bem como os dados relativos a cada regime contratual.

Ademais, serão analisados os dados do Sistema de Registro de Produtos da ANS (RPS), no qual encontram-se todos os produtos cadastrados e registrados na Agência.

4.1.1 Planos Coletivos Empresariais

Após a edição da Lei nº 9.656/1998, que no artigo 16 define os regimes ou tipos de contratação, a Resolução CONSU nº 14/1998 foi o primeiro instrumento infralegal a regulamentar o tema. Assim, definiu os planos coletivos empresariais como aqueles que ofereciam cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica, cujo vínculo poderia ser de caráter empregatício, associativo ou sindical.

Nos termos da Resolução CONSU nº 14/1998, o vínculo mediador das relações entre operadoras de planos de saúde e beneficiários, neste regime, poderiam ser de natureza trabalhista, associativa ou sindical, cujo trato distintivo em relação aos coletivos por adesão seria a adesão automática na data da contratação do plano ou no ato da vinculação do consumidor à pessoa jurídica contratante.

Em 2009, entretanto, a ANS editou a RN nº 195, trazendo uma nova definição para os planos coletivos empresariais, qual seja, de que são aqueles que oferecem cobertura à uma população delimitada e vinculada à uma pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

Desse modo, os beneficiários de planos coletivos empresariais são aqueles vinculados aos planos de saúde por meio de um vínculo de trabalho, que passa a ser a condição de elegibilidade deste regime de contratação. Ou seja, a relação entre operadora de planos de saúde

e beneficiários é mediada por uma pessoa jurídica contratante que figura como empregador, sendo considerado um benefício indireto da relação trabalhista, muitas vezes garantido por meio de acordos e convenções coletivas de trabalho.

Andrade et al (2010) destacam que neste regime de contratação a demanda é condicionada pela pessoa jurídica contratante, que define o que será coberto pelo contrato, delimitando o espaço de escolha dos beneficiários.

O Ministério da Justiça, na Nota nº 19/CGEMM/DPDC/SENACON/2012, consignou, por sua vez, que a maior parcela dos contratos coletivos empresariais tem como principal provedor os próprios beneficiários do plano, cabendo aos empregadores apenas o papel de intermediação na negociação com a operadora de plano de saúde. Para o Ministério da Justiça, este papel é ainda mais destacado no caso das micro, pequenas e médias empresas que não têm, via de regra, estrutura financeira para arcar com estes custos.

No caso de grandes empresas, que arcam integralmente com os custos, o plano de saúde disponibilizado aos empregados representa uma forma de “salário indireto”, integrando o pacote de pagamentos pelos serviços prestados, os quais são tributariamente mais benéficos às empresas empregadoras, na medida em que, ao não integrar o salário, não sofrem a incidência de tributos, já que sobre eles não se calcula férias e nem 13º salário (BRASIL, 2012).

Andreazzi e Ocké-Reis (2007) elencam os incentivos fiscais para os empregadores como uma vantagem adicional que ocorre, muitas vezes, mediante a contribuição dos empregados.

Desde 1982, os planos de saúde figuram como despesas operacionais para fins de cálculo do Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ), de modo que os valores pagos a título de plano de saúde para os empregados e dirigentes é deduzido do cálculo do imposto, funcionando como verdadeiro incentivo fiscal para a contratação deste tipo de plano por parte das empresas empregadoras. Atualmente, o artigo 134 da Instrução Normativa nº 1.700 da Receita Federal regulamenta o assunto.

Ocké-Rei e Fernandes (2018, p. 10) destacam que a renúncia fiscal relativa à despesa de empregadores na área de saúde dobrou entre 2003 e 2015, saindo de R\$ 2,3 bilhões em 2003, para R\$ 4,5 bilhões em 2015.

Assim, os planos coletivos empresariais refletem um *welfare* ocupacional, no qual a provisão do serviço se dá por meio de uma relação de emprego e também um *welfare* fiscal, no qual a provisão é realizada por meio de incentivos tributários (KERSTENETZKY, 2012).

No que concerne à trajetória, é possível afirmar que a primeira modalidade de contratação do setor foi a coletiva empresarial, já que os planos de saúde têm seu nascedouro na assistência à saúde fornecida a grupos de trabalhadores, fazendo com que até os anos 80 o

mercado de planos de saúde fosse dominado, quase de forma exclusiva, por esse regime de contratação (TEIXEIRA et al, 2002).

Teixeira et al (2002) relatam que as empresas médicas e de medicina de grupo surgiram em meados da década de 1960 e se expandiram na década de 1970, como resultado dos chamados “convênios-empresa”, os quais, na verdade, tinham natureza contratual, por meio do pagamento, *per capita*, a empresas que fizessem a opção pelo atendimento aos trabalhadores por empresas médicas e medicinas de grupo ou que organizassem uma rede de assistência própria.

Os autores relatam que, ao final da década de 1970, os “convênios-empresa” passaram a ser celebrados diretamente entre os empregadores e as empresas médicas, de modo que, até meados dos anos 80, o mercado de planos de saúde era composto quase exclusivamente por planos coletivos empresariais.

Até os anos 80, os planos coletivos empresariais eram, em sua maioria, financiados integralmente pelos empregadores e os serviços eram variados, dependendo da empresa contratante, do poder de barganha da categoria profissional e do nível hierárquico dos trabalhadores (TEIXEIRA et al, 2002). Esse financiamento tinha como contra partida incentivos fiscais governamentais.

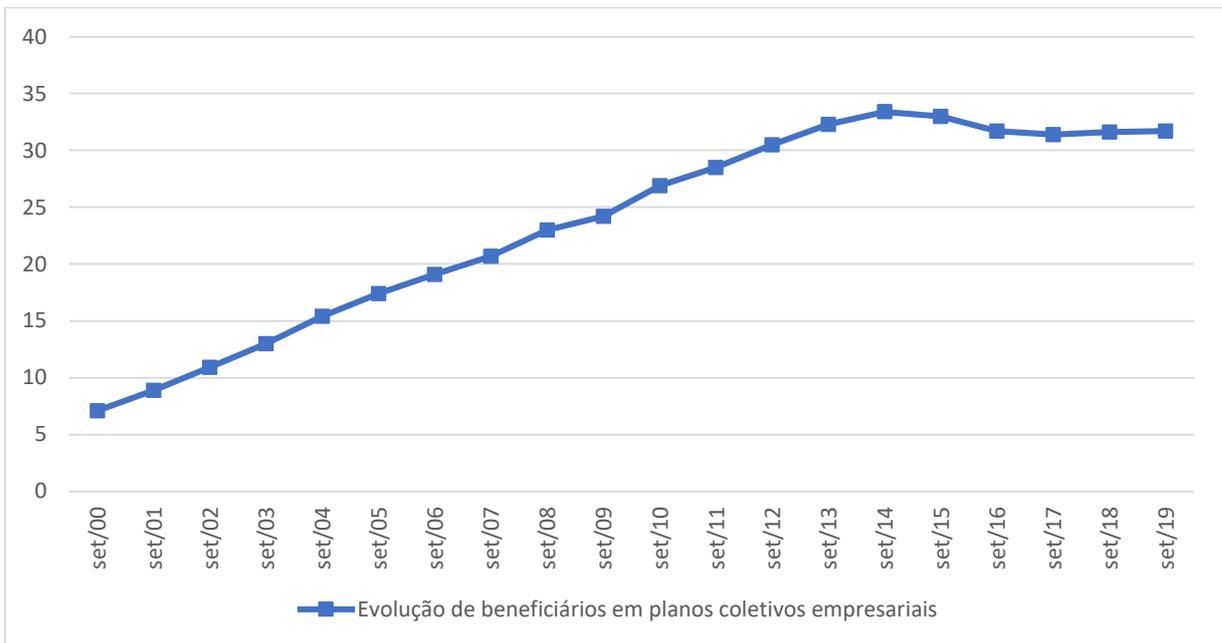
Os anos 90, a seu turno, foram marcados pela estagnação da trajetória de crescimento no número de beneficiários de planos de saúde, em virtude de fatores como a estagnação do mercado formal de trabalho e da estabilização inflacionária em 1994 (BAHIA e VIANA, 2002; LEAL, 2014).

Em 2000, o número de beneficiários de planos coletivos empresariais médico-hospitalares girava em torno de 45% do total, segundo Dados Consolidados da ANS.¹⁰ Em novembro de 2019, o número de beneficiários em planos médico hospitalares de natureza coletiva empresarial representava 69% do total.

Portanto, no período pós regulamentação do setor de planos de saúde, verifica-se um crescimento percentual expressivo dos planos coletivos empresariais no segmento médico-hospitalar:

¹⁰ Informações extraídas dos Dados Consolidados da ANS relativos ao período de setembro de 2000 a setembro de 2019.

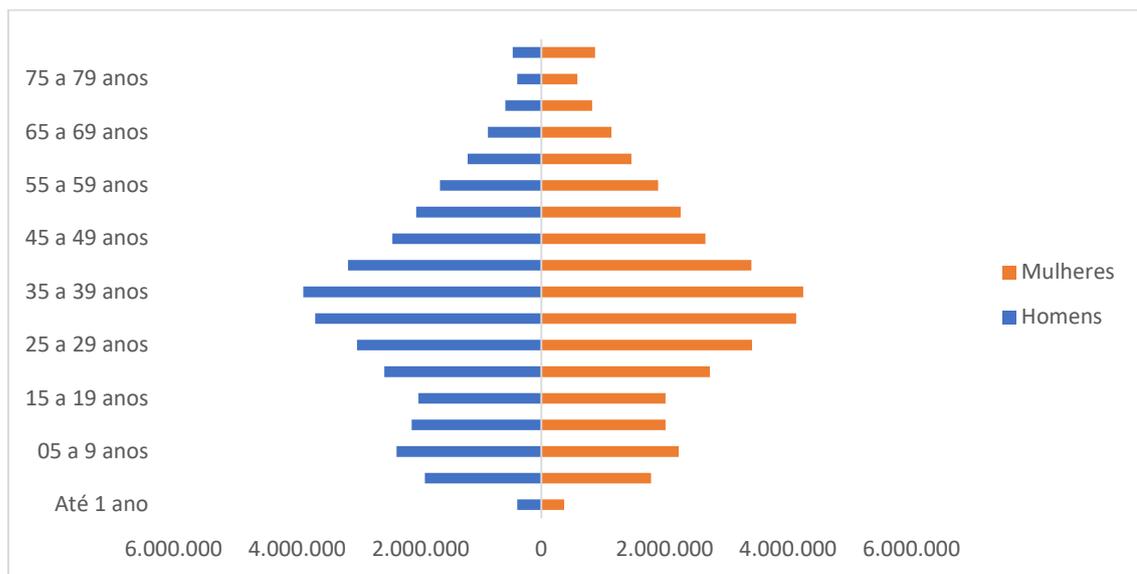
Gráfico 4 – Evolução de vínculos de beneficiários em planos coletivos empresariais médico-hospitalares (milhões) (Brasil - 2000 a 2019) ¹¹



Fonte: Elaboração Própria com base nos Dados Consolidados da Saúde Suplementar de Set/2019.

Outro aspecto relevante está relacionado ao perfil etário dos beneficiários vinculados aos regimes de contratação. No caso dos planos coletivos empresariais, 24% dos beneficiários têm entre 30 e 39 anos de idade:

Gráfico 5 – Distribuição etária dos beneficiários de planos coletivos empresariais (Brasil - novembro/2019)



Fonte: Elaboração Própria, com base em dados extraídos da Sala de Situação da ANS em 21/11/2019.

¹¹ Os dados referem-se ao número de vínculos de beneficiários, de maneira que um mesmo beneficiário pode ter mais de um vínculo.

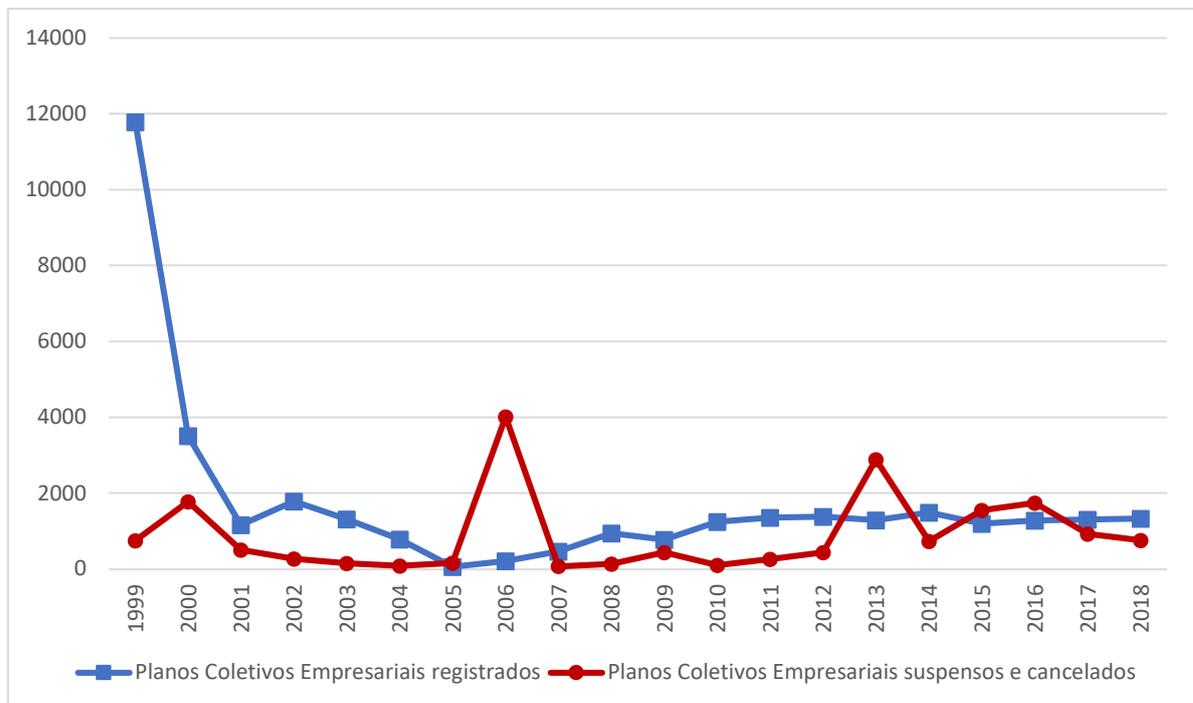
O perfil etário dos planos coletivos empresariais espelha a vinculação com o mercado de trabalho, concentrando a maior parte dos beneficiários nas faixas etárias correspondentes a idades economicamente ativas.

Interessante observar que a Lei nº 9.656/1998 garantiu aos trabalhadores aposentados a permanência nos planos coletivos empresariais, desde que tenham contribuído para o plano e assumam o pagamento integral. Contudo, em 2011, por meio da RN nº279, a ANS permitiu que as empresas mantivessem um plano separado para os ex-empregados, com a possibilidade de aplicação de índices de reajustes anuais diferenciados nos contratos de trabalhadores ativos e de ex-empregados, o que possibilita a aplicação de reajustes expulsivos para os aposentados (VIEIRA JUNIOR, 2013).

No que se refere à distribuição regional, 51% dos beneficiários de planos coletivos empresariais estão na região sudeste e 27% concentrados no estado de São Paulo.

Relativamente aos produtos coletivos empresariais registrados junto à ANS, após 1999, verifica-se um número elevado de registros, quando da regulamentação setorial, e um decréscimo no número de novos produtos registrados neste regime entre 2004 e 2009:

Gráfico 6 – Evolução de registros, cancelamentos e suspensões dos planos coletivos empresariais (Brasil - 1999 a 2018)



Fonte: Elaboração Própria, com base nos Dados Abertos da Saúde Suplementar – Características dos Produtos, extraídos em 25/11/2019.

Nota-se, ademais, um aumento no número de planos coletivos empresariais cancelados e suspensos em 2006, 2013 e entre 2015 e 2016, anos em que o número de produtos cancelados e suspensos superou o número de novos produtos registrados.

Dentre os planos coletivos empresariais registrados novos e ativos para comercialização, 58% são da segmentação assistencial “ambulatorial e hospitalar com obstetrícia”, seguidos dos planos exclusivamente odontológicos, que representam 20%, e dos planos referência, com 7%.

Esta estratificação dos planos novos e ativos por segmentação assistencial revela que a oferta é centrada em planos médico-hospitalares com cobertura mais ampla. Significa dizer, por exemplo, que beneficiários que não desejam contratar a cobertura para obstetrícia têm um estoque limitado de planos disponíveis, já que a segmentação “ambulatorial e hospitalar sem obstetrícia” corresponde a apenas 5% dos planos ativos.

Em relação à abrangência de cobertura dos planos coletivos empresariais ativos, verifica-se que 48% possuem cobertura para grupo de municípios e 30% cobertura nacional. O elevado percentual de planos com cobertura em grupo de municípios tem implicações para a cobertura de procedimentos, que fica limitada à assistência nos municípios contratados.

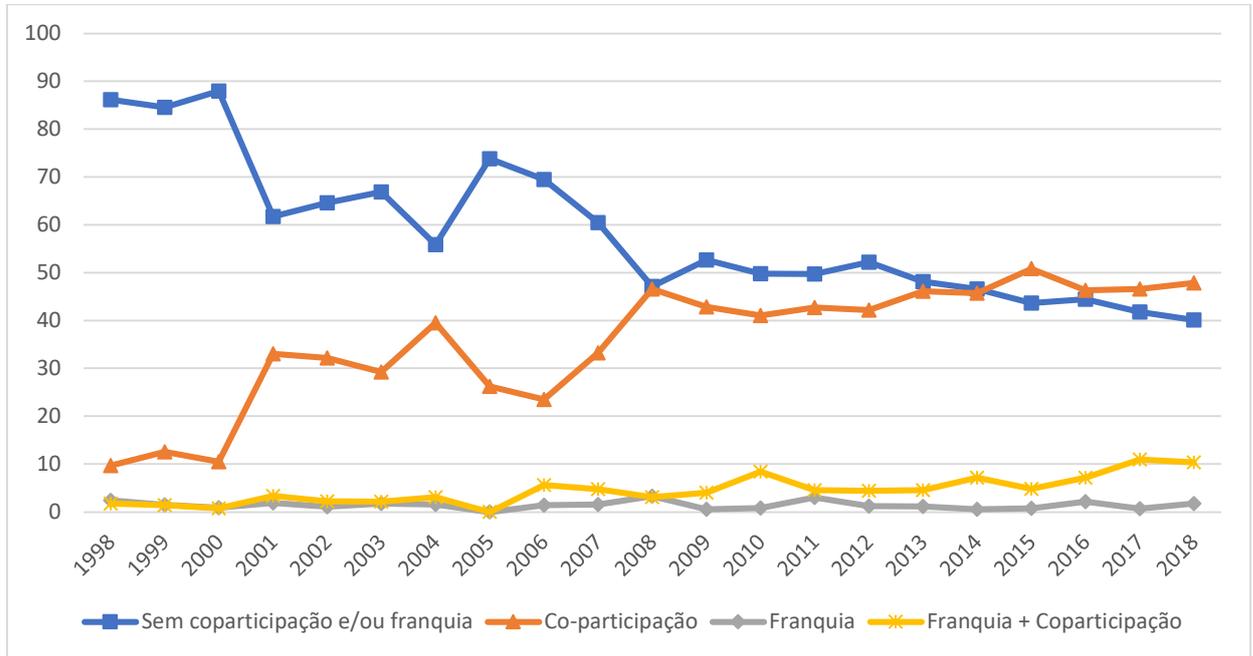
A respeito da distribuição dos planos coletivos empresariais novos com registro ativo por modalidade de operadora, 37% dos produtos ativos são vinculados a Cooperativas Médicas e 36% a Medicinas de Grupo.

O tipo de financiamento escolhido em 88% dos produtos coletivos empresariais ativos é de preços pré-estabelecido, 10% de preços pós-estabelecido e 2% de preços mistos, segundo Dados Abertos da Saúde Suplementar de novembro de 2019.

A respeito da presença ou não de coparticipação e franquia enquanto fatores moderadores de utilização, vale notar que houve uma mudança de padrão nos registros ao longo do período pós edição do marco regulatório, fazendo com que, a partir de 2014, o número de registro de planos com fatores moderadores tenha superado o registro de planos sem mecanismos financeiros de regulação¹²:

¹² A incidência de coparticipação e franquia têm relevância, pois impacta nos preços praticados e na assistência prestada, sobre a qual são aplicados esses mecanismos financeiros. A questão tem sido debatida pela ANS, sendo objeto da das Audiências Públicas, nº 06, em 2017, e nº 11, em 2018, além da Consulta Pública nº60, de 2017.

Gráfico 7 – Variação percentual no registro de planos coletivos empresariais com mecanismos financeiros de regulação (Brasil - 1998 a 2018)



Fonte: Elaboração Própria, com base nos Dados Abertos da Saúde Suplementar – Características dos Produtos, extraídos em 25/11/2019.

A tendência de comercialização de planos coletivos empresariais com fatores financeiros de regulação pode, ademais, ser verificada ao comparar os percentuais referentes aos produtos comercializados antes do advento da Lei nº 9.656/1998 e os produtos ativos para comercialização em novembro de 2019. Os produtos antigos previam fatores moderadores de uso financeiros em 14% dos casos, em 2019, esse percentual saltou para 54%.

As suspensões e cancelamentos, por sua vez, seguem o mesmo padrão de registros em relação à abrangência e segmentação, ou seja, a abrangência dos produtos suspensos e cancelados foi majoritariamente de planos registrados como “grupo de municípios”, na segmentação “ambulatorial e hospitalar com obstetrícia”.

A respeito da regulamentação, como já exposto anteriormente, a ANS prevê regras específicas para essa modalidade de contratação, que diferem das regras aplicáveis a contratos coletivos por adesão ou individuais.

A RN nº 195 prevê um número mínimo de 30 (trinta) participantes para que não sejam imputados prazos de carência, cobertura parcial temporária ou agravo aos contratos coletivos empresariais. A RN nº195/2009 também disciplinou a vigência mínima de 12 (doze) meses do contrato e a possibilidade de rescisão imotivada mediante notificação prévia no prazo de 60

(sessenta) dias, a periodicidade anual dos reajustes e a impossibilidade de aplicação de percentuais diferentes de reajuste no mesmo contrato.

Sobre a contratação de planos coletivos empresariais, em 2017, foi publicada a RN nº432, que disciplinou a contratação de planos coletivos empresariais por empresário individual, mediante requisitos de elegibilidade, como a inscrição nos órgãos competentes por um período mínimo de 6 (seis) meses.

Nos contratos coletivos empresariais, os reajustes anuais são livremente negociados entre as partes contratantes e apenas comunicados à ANS. A RDC nº 29, em 2000, trouxe a previsão da comunicação dos percentuais de reajuste aplicados, o que foi mantido pela RN nº171, de 2008, que revogou a legislação anterior.

Sobre o assunto, Pietrobon et al (2008) destacam que a ANS entende que os planos coletivos podem sofrer menor regulação, a depender do número de beneficiários, já que neste tipo de contrato as partes contratantes estão em igualdades de condições para negociar, possibilitando que o próprio mercado regule os preços.

Em 2012, foi publicada a RN nº 309, que disciplinou a aplicação de reajustes anuais em contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários, determinando que as operadoras de planos privados de assistência à saúde formem um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. Este agrupamento de contratos para fins de aplicação de reajuste anual foi chamado de *pool* de risco.

Portanto, em relação aos planos coletivos empresariais, depreende-se que, após a edição do marco legal setorial, houve uma trajetória de aumento proporcional no número de beneficiários vinculados a essa modalidade de contratação, bem como ampliação proporcional no registro de produtos.

Verifica-se, além disso, que é um regime contratual em que aspectos como o estabelecimento de reajustes anuais e a rescisão contratual unilateral são franqueados à negociação entre as partes, sob o argumento de que as partes estão em igualdade de condições para negociar.

4.1.2 Planos Coletivos por Adesão

Na modalidade de contratação coletiva de planos de saúde, além do regime coletivo empresarial, também encontramos o regime coletivo por adesão.

A Resolução CONSU nº14/1998 definiu os planos coletivos por adesão como aqueles que, embora oferecidos por pessoa jurídica para massa delimitada de beneficiários, tem adesão

apenas espontânea e opcional de funcionários, associados ou sindicalizados.

Enquanto a Resolução CONSU nº 14/1998 esteve vigente, a distinção entre os planos coletivos empresariais e os planos coletivos por adesão residia na compulsoriedade ou não da adesão dos beneficiários. Nos planos coletivos empresariais a adesão era automática e nos planos coletivos por adesão era facultativa. Em ambos os casos o vínculo poderia ser empregatício, associativo ou sindical.

Entretanto, em 2009, quando da edição da RN nº 195, a ANS trouxe uma nova definição das modalidades de contratação e os planos coletivos por adesão foram conceituados como aqueles que oferecem cobertura à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como: conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações; associações profissionais legalmente constituídas; cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; caixas de assistência e fundações de direito privado; e entidades previstas na Lei nº 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985.

Ao contrário dos planos coletivos empresariais, mediados por uma relação de trabalho, a contratação dos planos coletivos por adesão é mediada por uma relação profissional, classista ou setorial, não prescindindo de um vínculo de trabalho formal, fazendo com que o espectro de contratação seja mais amplo, permitindo que profissionais liberais e autônomos, ou mesmo trabalhadores informais, contratem planos de saúde de forma coletiva.

Como destacado na Nota nº 19/CGEMM/DPDC/SENACON/2012, do Ministério da Justiça, nos contratos coletivos por adesão, o intermediário, que pode ser uma associação ou sindicato, por exemplo, não contribui para o pagamento da mensalidade do plano, o papel dessas pessoas jurídicas é de representante daquela classe ou grupo de associados, como o faz em relação a outras questões, como pautas trabalhistas ou relativas à finalidade associativa ou de classe.

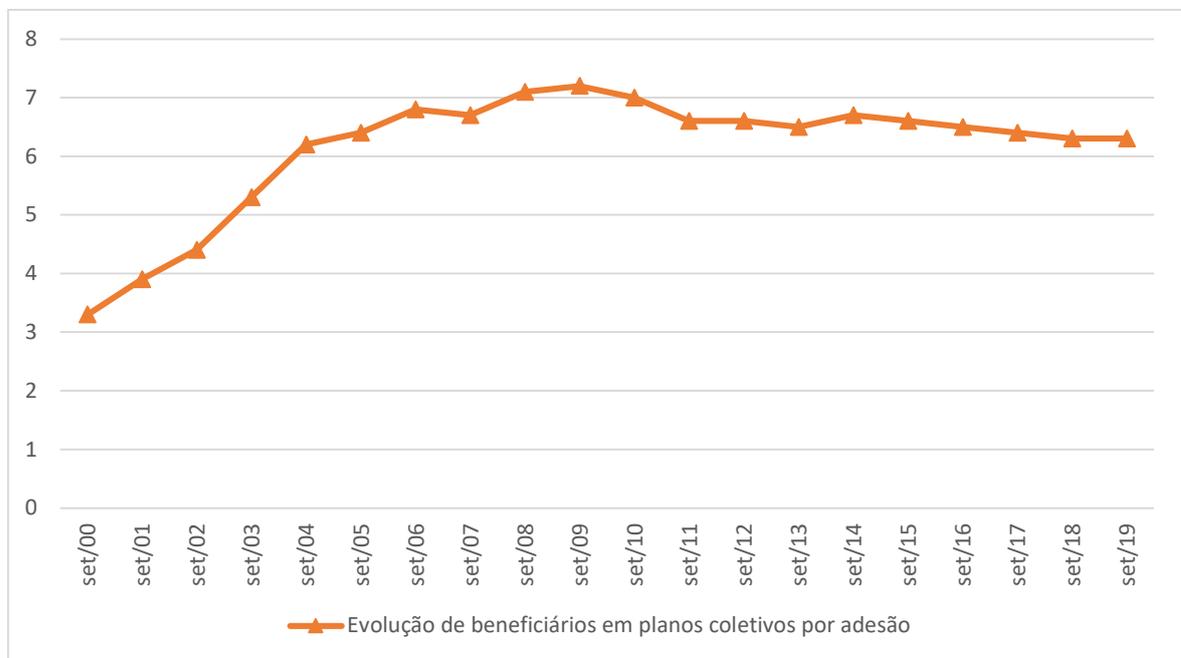
De acordo com o Relatório de Análise de Impacto Regulatório (AIR), apresentado na 10ª Audiência Pública realizada pela ANS, muitos analistas consideram que os planos coletivos por adesão são substitutos dos planos individuais ou familiares (ANS, 2018b).

Significa dizer que o mercado de planos individuais ou familiares, após o estabelecimento do marco legal do setor, foi absorvido pelo de planos coletivos por adesão em grande parte, ou seja, os beneficiários que não são elegíveis para a contratação de planos coletivos empresariais, por não possuírem vínculo formal de trabalho, são direcionados para a

contratação de planos coletivos por adesão, em detrimento da contratação de planos individuais ou familiares.¹³

Ao longo do período pós edição do marco regulatório do setor suplementar de saúde, verifica-se que o percentual de beneficiários em planos coletivos por adesão diminuiu. Em setembro de 2000, o número de beneficiários em planos coletivos por adesão médico-hospitalares representava 20,88% do total, em setembro de 2019, esse percentual caiu para 13,40%:

Gráfico 8 – Evolução de vínculos de beneficiários em planos coletivos por adesão médico-hospitalares (milhões) (Brasil - 2000 a 2019)

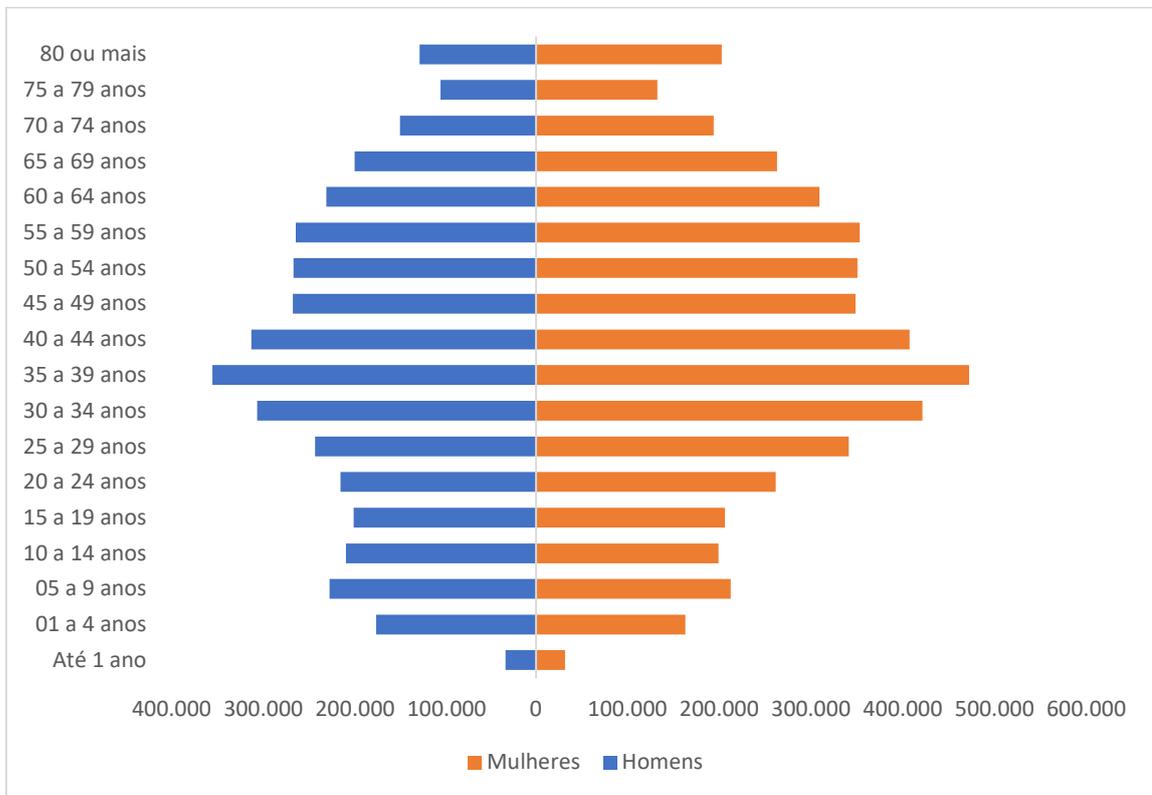


Fonte: Elaboração Própria com base nos Dados Consolidados da Saúde Suplementar de Set/2019.

No que concerne ao perfil etário dos beneficiários dos planos coletivos por adesão, observa-se uma distribuição mais uniforme de beneficiários ao longo das faixas etárias em comparação com os planos coletivos empresariais, em que pese também haja um maior número de beneficiários na faixa etária entre 35 e 39 anos:

¹³ Com o advento da RN nº 432/2017 parte dos beneficiários sem vínculo formal de trabalho foi direcionada para a contratação de planos coletivos empresariais, desde que qualificados como empresários individuais.

Gráfico 9 – Distribuição etária dos beneficiários de planos coletivos por adesão (Brasil – novembro/2019)

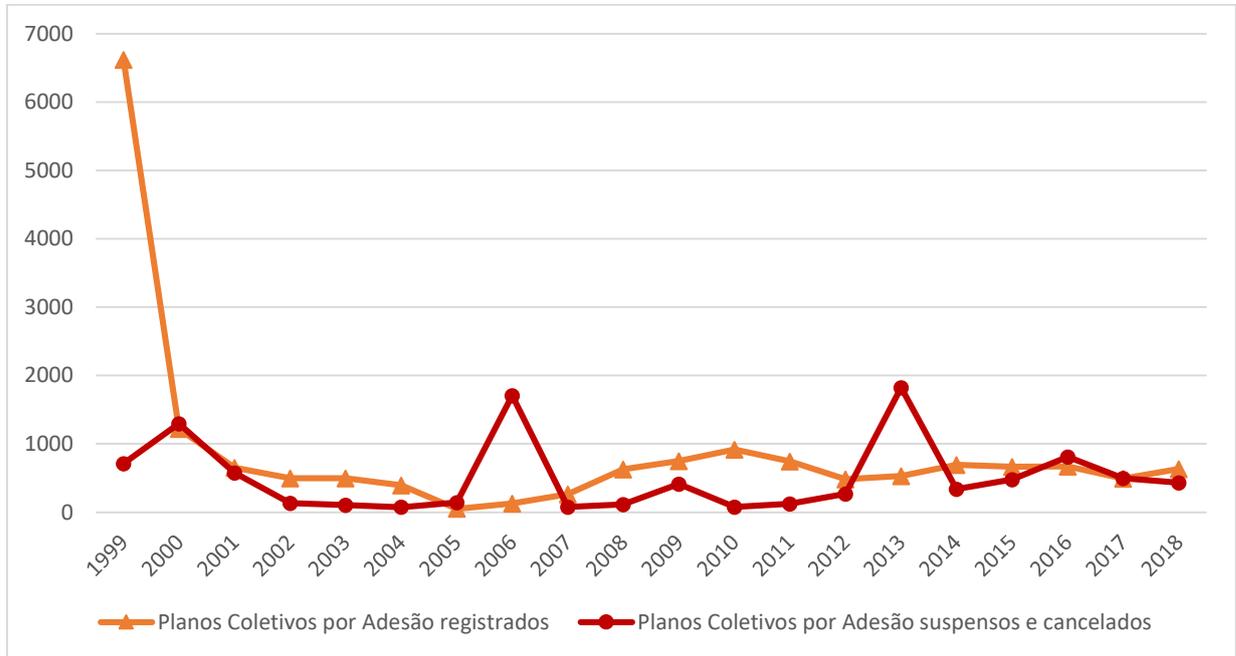


Fonte: Elaboração Própria, com base em dados extraídos da Sala de Situação da ANS em 21/11/2019.

No que se refere à distribuição territorial dos beneficiários vinculados a contratos coletivos por adesão, observa-se, assim como no caso dos planos coletivos empresariais, uma grande concentração na região sudeste, correspondente a 62,65% do total, e no estado de São Paulo, que representa 38,61% do total.

Ao analisar os registros, cancelamentos e suspensões de comercialização dos produtos coletivos por adesão, verifica-se que, em 2006, 2013, 2016 e 2017, o número de cancelamentos e suspensões foi superior ao número de novos registros, vejamos:

Gráfico 10 – Evolução de registros, cancelamentos e suspensões dos planos coletivos por adesão (Brasil - 1999 a 2018)



Fonte: Elaboração Própria, com base nos Dados Abertos da Saúde Suplementar – Características dos Produtos, extraídos em 25/11/2019

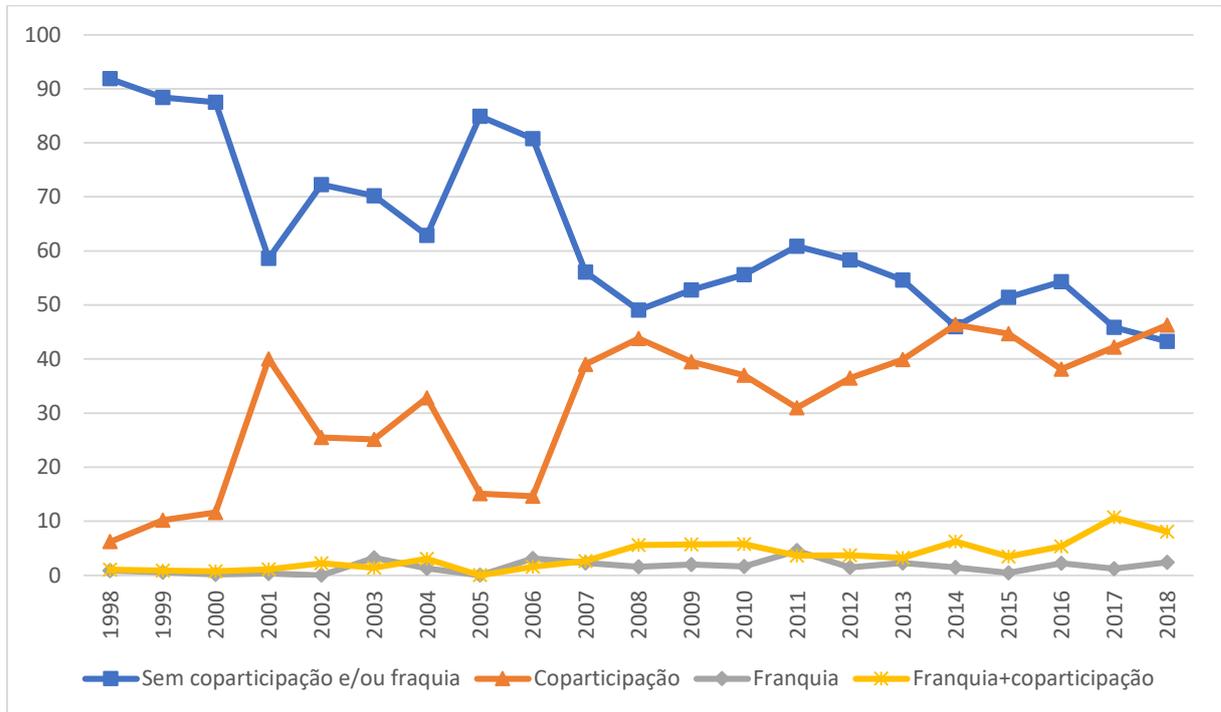
A segmentação assistencial mais registrada na modalidade coletiva por adesão também é a “ambulatorial hospitalar com obstetrícia”, seguida dos planos odontológicos e referência, assim como no caso dos planos coletivos empresariais.

Também semelhante aos planos coletivos empresariais, o padrão de registro de planos coletivos por adesão é maior na abrangência de “grupo de municípios”, seguida dos planos nacionais.

Espelhando o comportamento dos registros de planos coletivos empresariais, os planos coletivos por adesão também concentram os registros nas modalidades de operação de cooperativas médicas e medicinas de grupo.

Com relação à aplicação de mecanismos financeiros de regulação de uso, no caso dos planos coletivos por adesão, apenas em 2018, verifica-se que o número de planos registrados com fatores moderadores superou o número de produtos sem qualquer mecanismo financeiro de regulação:

Gráfico 11 – Variação percentual no registro de planos coletivos por adesão com mecanismos financeiros de regulação (Brasil- 1998 a 2018)



Fonte: Elaboração Própria, com base nos Dados Abertos da Saúde Suplementar – Características dos Produtos, extraídos em 25/11/2019

Ao comparar os produtos cadastrados e anteriores à Lei nº9.656/1998 com os produtos registrados e ativos após o advento da Lei, nota-se, do mesmo modo que nos planos coletivos empresariais, que o percentual de planos com mecanismos financeiros de regulação aumentou expressivamente. Assim, antes do advento da Lei, estes planos correspondiam a 19,46% do total e, em 2019, passaram a corresponder a 53,01% do total.

Ao analisar os produtos suspensos e cancelados, observa-se que em 2006, 2013 e de 2016 a 2017, foi verificado o mesmo padrão em relação à abrangência e segmentação, ou seja, a abrangência destes produtos suspensos e cancelados era majoritariamente de planos registrados como “grupo de municípios”, na segmentação “ambulatorial e hospitalar com obstetrícia”, assim como no caso dos planos coletivos empresariais.

No que tange à regulamentação dos planos coletivos por adesão, a RN nº 195/2009, ao tratar dos prazos de carência, previu que nos planos coletivos por adesão não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou na data de aniversário do contrato, desde que o beneficiário tenha se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 (trinta) dias da celebração do contrato.

A RN nº195/2009 possibilitou, ademais, a aplicação de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos contratos coletivos por adesão.

Assim como no caso dos contratos coletivos empresariais, a RN nº195/2009 também disciplinou a vigência mínima de 12 (doze) meses do contrato e a possibilidade de rescisão imotivada mediante notificação prévia no prazo de 60 (sessenta) dias, a periodicidade anual dos reajustes e a impossibilidade de aplicação de percentuais diferentes no mesmo contrato.

Em relação aos reajustes anuais, a RN nº 309/2012 também é aplicável aos planos coletivos por adesão, de modo que os reajustes anuais em contratos coletivos por adesão com menos de 30 (trinta) beneficiários devem ser objeto de um *pool* de risco, com aplicação de um único índice para esse agrupamento.

Vale destacar, ademais, que a contratação de um plano coletivo por adesão exige requisitos de legitimidade da pessoa jurídica contratante e elegibilidade dos beneficiários, ou seja, condições para que pessoas jurídicas contratantes e consumidores possam aderir a este tipo de contratação.

Assim, o regime contratual coletivo por adesão pode ter como pessoa jurídica contratante entidades de caráter profissional, classista ou setorial, disciplinadas na RN nº195/2009, sendo necessário que os consumidores que desejam aderir a essa modalidade de contratação comprovem a vinculação a essas entidades.

A regulamentação destes aspectos visa garantir que os beneficiários vinculados a essas modalidades de contratação sejam, de fato, representados pelas pessoas jurídicas contratantes nas negociações com as operadoras de planos de saúde, já que os planos coletivos são menos regulamentados que os contratos individuais ou familiares.

Entretanto, o regime de contratação coletiva por adesão tem sido muito utilizado como uma forma de promover a chamada “falsa coletivização” de planos de saúde, permitindo a adesão em condições de contratação coletivas sem que de fato exista um vínculo classista, associativo ou sindical com a pessoa jurídica contratante, tendo como resultado a celebração de contratos menos protetivos aos consumidores (IDEC, 2012).

Trata-se de situações em que não há uma relação profissional, classista ou setorial de fato, nas quais, muitas vezes, o vínculo com a pessoa jurídica contratante é constituído com a única finalidade de contratar um plano de saúde e a pessoa jurídica contratante não representa os interesses da massa de beneficiários a ela vinculada, ou seja, a natureza do vínculo entre beneficiário e operadora de plano de saúde, em que pese tenha sido intermediado por uma

pessoa jurídica, se aproxima mais de um plano individual ou familiar do que de um plano coletivo (SILVA, 2018).

Nesse sentido, a RN nº 195/2009 previu, no artigo 32, que a o ingresso de novos beneficiários que não atendam aos requisitos de elegibilidade previstos constituirá vínculo direto e individual com a operadora, equiparando-se para todos os efeitos legais ao plano individual ou familiar.

Ou seja, constatado que a pessoa jurídica contratante não preenche os requisitos de legitimidade para contratar plano de saúde ou que os beneficiários vinculados à contratação não preenchem os requisitos de elegibilidade, ou seja, hipótese da chamada “falsa coletivização”, os vínculos serão considerados individuais ou familiares e as regras aplicáveis passam a ser aquelas que regem o regime de contratação individual ou familiar.

O Ministério da Justiça, na Nota nº 19/CGEMM/DPDC/SENACON/2012, asseverou que o fenômeno da “falsa coletivização” é estimulado por preços iniciais mais vantajosos nos planos coletivos e pela própria realidade da sociedade pós-moderna, com relações trabalhistas fragmentadas em que muitos trabalhadores são registrados como autônomos e a figura do intermediário na contratação do plano de saúde sequer existe.

Portanto, em relação aos planos coletivos por adesão, houve uma trajetória de redução proporcional no número de beneficiários vinculados a esta modalidade de contratação ao longo do período pós marco regulatório. Contudo, no que tange ao registro de produtos, verifica-se um aumento percentual no registro de planos coletivos por adesão, com destaque para o ano de 2009, em que o percentual de planos coletivos por adesão registrados alcançou 39,35%.

Observa-se, ademais, que os planos coletivos por adesão funcionam muitas vezes como substitutivos dos planos individuais ou familiares, assim como são utilizados para a chamada “falsa coletivização”.

4.1.3 Planos Individuais ou Familiares

A Resolução CONSU nº 14/1998 definiu os planos individuais ou familiares como aqueles oferecidos no mercado para a livre adesão de consumidores, pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar. O Artigo 3º da RN nº195/2009, que atualizou o conceito de planos individuais ou familiares, não representou inovação em relação à Resolução CONSU nº14/1998.

Portanto, os planos individuais ou familiares são aqueles que podem ser contratados por pessoas físicas livremente, sem a necessidade de intermediação de uma pessoa jurídica ou comprovação de qualquer condição de elegibilidade.

Como já exposto anteriormente, o mercado de planos privados de assistência à saúde é estruturado, inicialmente, a partir dos planos coletivos, mas a forma de contratação individual ou familiar acompanhou o desenvolvimento do setor. Fatores econômicos e relacionados ao mercado de trabalho influenciaram o desenvolvimento dos planos individuais ou familiares ao longo da conformação do mercado suplementar de saúde.

No final dos anos 80 houve uma intensificação na comercialização de planos individuais ou familiares, com padrões de cobertura muito distintos, em virtude da demanda de trabalhadores autônomos e dos consumidores de padrões de renda suficiente para arcar com um plano de saúde (TEIXEIRA et al, 2012).

Bahia e Viana (2002, p. 13) relatam que com o advento do Plano Real em 1994, em razão do aumento do poder de compra de grande parte da população e os elevados índices de informalidade do mercado de trabalho, a comercialização deste tipo de contratação foi estimulada, por meio de hospitais filantrópicos e empresas médicas, com um acesso restrito aos serviços de saúde, em geral localizados nas regiões periféricas das grandes cidades e em municípios de médio e pequeno portes.

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), do IBGE, de 1998, os planos individuais voltavam-se, à época, em 21,4% dos casos para o comércio, em 17,9% para atividades sociais e, em 15,3% dos casos, para a prestação de serviços auxiliares à atividade econômica (TEIXEIRA et al, 2002, p.26).

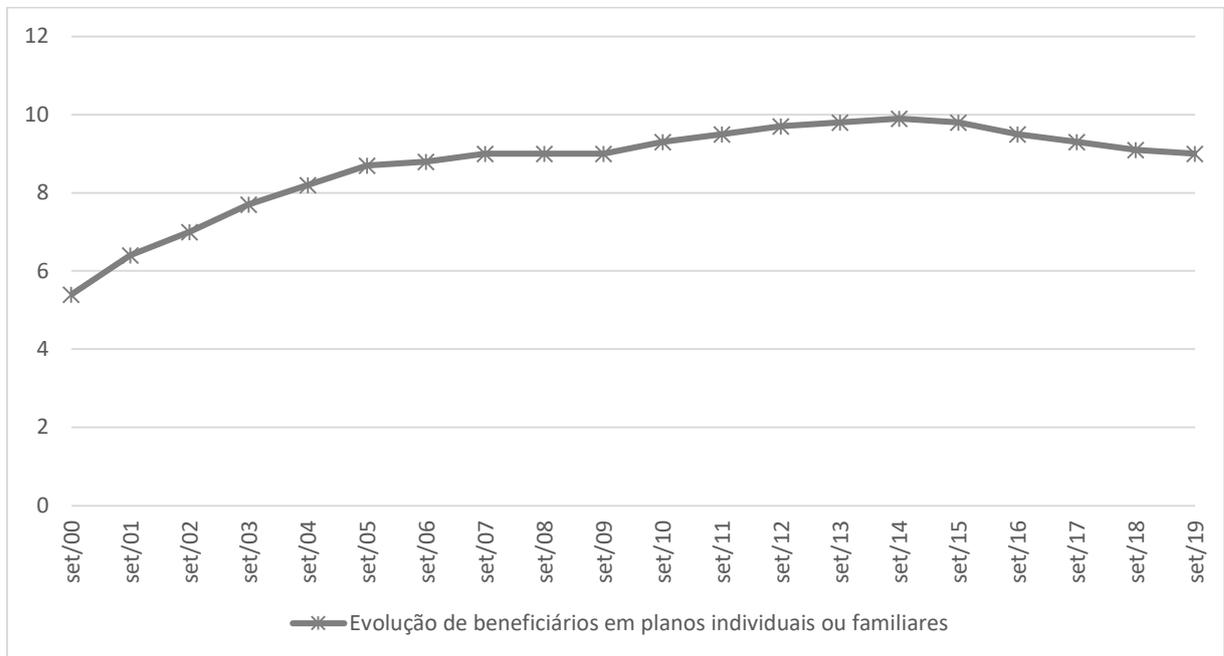
De acordo com Andreatzi e Kornis (2003), embora nos anos 90 a principal fonte de financiamento da demanda de planos de saúde ainda fossem os empregadores, os dados indicavam uma maior participação dos indivíduos no pagamento dos prêmios.

Antes do advento do Código de Defesa do Consumidor, os consumidores de planos individuais não contavam com nenhuma proteção específica, sendo a relação contratual disciplinada pelo Código Civil. Com a entrada em vigor da Lei nº 8.078/1990, os consumidores vinculados a este tipo de plano passam a contar com a proteção consumerista, destacando-se que, à época, os contratos individuais ou familiares eram muito heterogêneos, com cláusulas contratuais de exclusão de coberturas muito favoráveis às operadoras de planos de saúde, levando à alta judicialização (GIOVANELLA et al, 2002).

No final dos anos 90, os planos individuais, nas medicinas de grupo, correspondiam a 25% dos contratos, chegando a 1/3 em 1999 (LEAL, 2014).

Ao longo do período pós marco regulatório, os planos individuais passaram de 34,17% do total de vínculos em planos médico-hospitalares, em setembro de 2000, para 19,14% do total de vínculos em setembro de 2019:

Gráfico 12 – Evolução de vínculos de beneficiários em planos individuais ou familiares médico-hospitalares (milhões) (Brasil - 2000 a 2019)

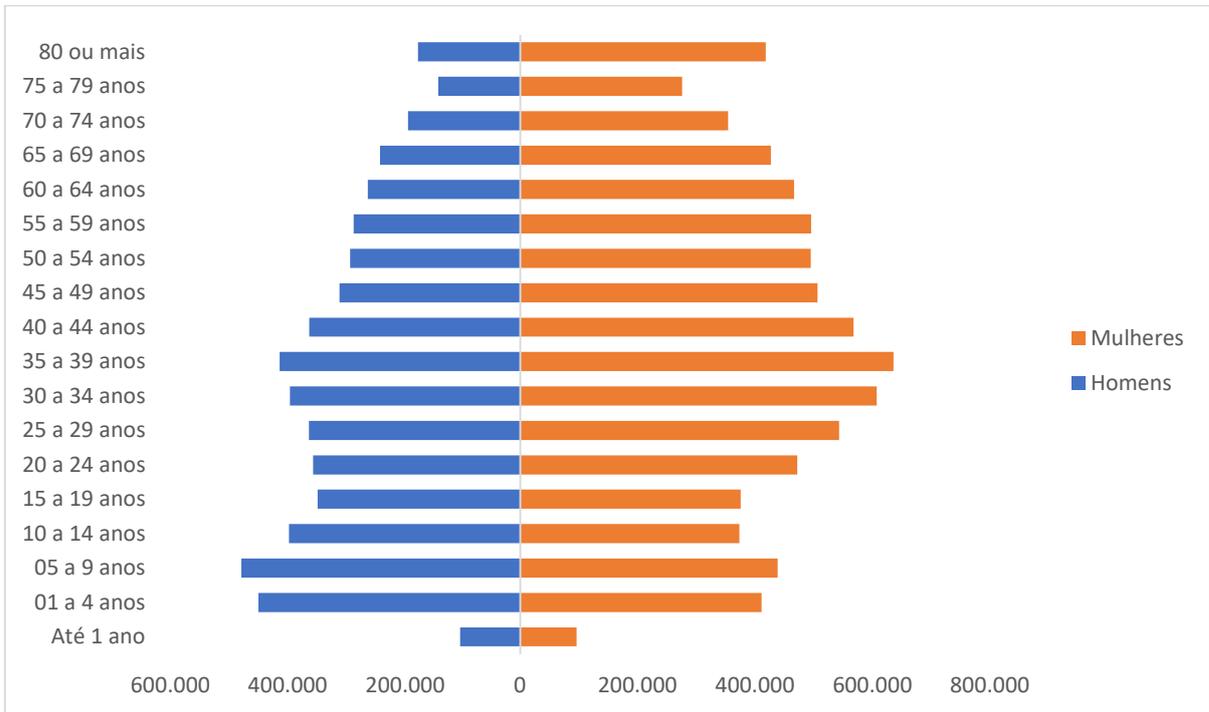


Fonte: Elaboração Própria com base nos Dados Consolidados da Saúde Suplementar de Set/2019.

Ao longo do período pós regulamentação do setor, em relação aos planos médico-hospitalares, o número de beneficiários vinculados a planos individuais ou familiares aumentou, porém, ao comparar a proporção deste regime de contratação em relação aos demais, verifica-se que o percentual de planos individuais ou familiares caiu significativamente.

No que concerne à distribuição etária dos beneficiários de planos individuais ou familiares, segundo dados da ANS de novembro de 2019, tem-se o seguinte cenário:

Gráfico 13 – Distribuição etária dos beneficiários de planos individuais ou familiares (Brasil – novembro/2019)



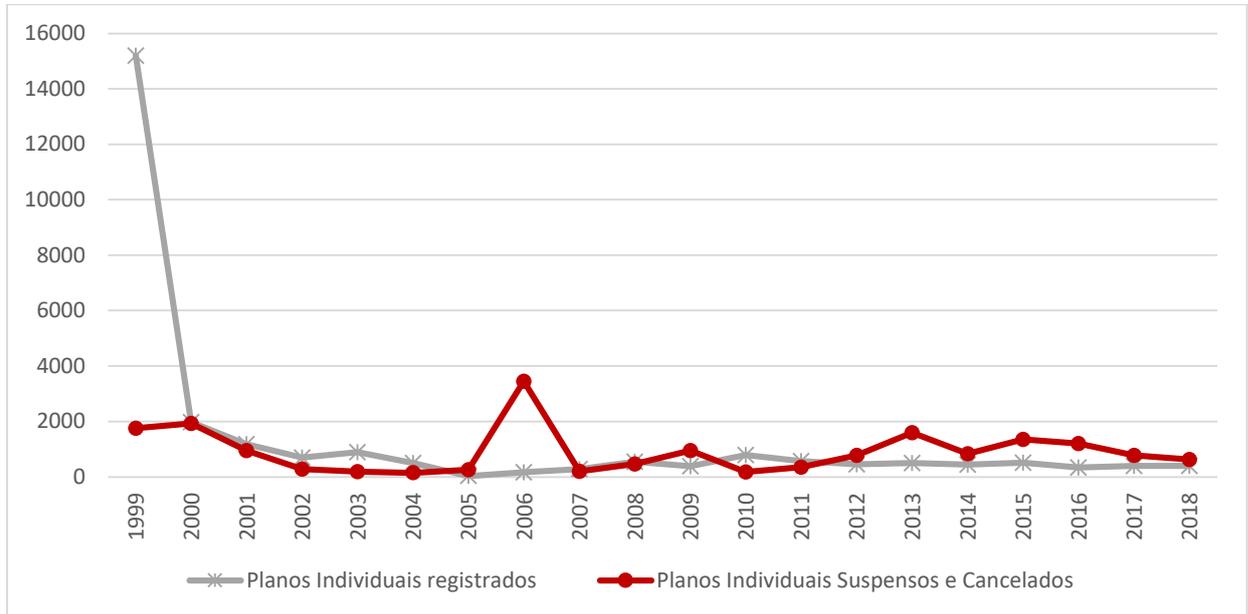
Fonte: Elaboração Própria, com base em dados extraídos da Sala de Situação da ANS em 21/11/2019

Interessante notar que no regime de contratação individual ou familiar há uma distribuição mais uniforme de beneficiários entre as faixas etárias, com grande concentração de beneficiários entre 05 e 09 anos de idade e acima de 80 anos de idade.

Quanto à distribuição geográfica de beneficiários vinculados a contratos individuais ou familiares, verifica-se, assim como no caso dos planos coletivos, alta concentração no Sudeste, com 61,32% do total de beneficiários, com destaque, novamente, para o estado de São Paulo, com 27,31% dos beneficiários.

Ao analisar o comportamento das operadoras de planos de saúde em relação ao registro de produtos sob o regime de contratação individual ou familiar, vê-se que a partir de 2002, houve uma tendência de estabilização no número de novos registros, contudo, verifica-se que, em 2006, houve um número superior de cancelamentos e suspensões, em comparação com o número de novos registros, o que voltou a ocorrer a partir de 2012:

Gráfico 14 – Evolução de registros, cancelamentos e suspensões dos planos individuais ou familiares (Brasil – 1999 a 2018)



Fonte: Elaboração Própria, com base nos Dados Abertos da Saúde Suplementar – Características dos Produtos, extraídos em 25/11/2019

O aumento no número de cancelamentos e suspensões em comparação com o número de novos registros é indicativo de uma redução no estoque de planos individuais ou familiares, tendência mais acentuada a partir de 2012.

Assim como no caso dos planos coletivos, a segmentação com maior número de produtos individuais ou familiares registrados é a “ambulatorial e hospitalar com obstetrícia”, que corresponde a 47% dos planos ativos neste regime. Entretanto, é importante destacar que 24% dos planos individuais ou familiares ativos está registrado na segmentação exclusivamente odontológica, o que acentua o baixo número de planos ativos para comercialização médico-hospitalares dentre os planos individuais ou familiares.

A Abrangência geográfica dos produtos no regime individual ou familiar mais registrada também é a de “grupo de municípios”, seguida da nacional.

Ao detalhar a abrangência geográfica dos planos individuais ou familiares ativos e com cobertura médico-hospitalar, nota-se uma baixa disponibilidade na maior parte dos municípios, vejamos:

Tabela 4 – Distribuição de planos individuais ou familiares ativos, com cobertura médico-hospitalar, por município (Brasil - novembro/2019)

Nº de Planos	Nº de Municípios
Maior que 100	2
Entre 50 e 100	18
Entre 10 e 50	798
Entre 5 e 10	1114
Entre 1 e 5	1580
Igual a 1	207
Total Geral:	3719

Fonte: Elaboração Própria, com base nos Dados Abertos da Saúde Suplementar – Características dos Produtos, extraídos em 25/11/2019 e Abrangência Geográfica de comercialização dos planos de saúde (NTRP) extraídos em 16/01/2020.

Os dados demonstram que 43% dos municípios tem apenas entre 1 (um) e 5 (cinco) planos individuais ou familiares ativos para comercialização com cobertura médico-hospitalar e 30% entre 5 (cinco) e 10 (dez).

Foram identificados, ademais, 486 (quatrocentos e oitenta e seis) planos sem identificação de município, os quais são classificados no grupo de abrangência nacional. Entretanto, ao estratificá-los, nota-se que são vinculados a 122 (cento e vinte e duas) operadoras, das quais 120 (cento e vinte) são cooperativas médicas e apenas 2 (duas) são medicinas de grupos. Considerando que a esfera de atuação das cooperativas médicas é regionalizada, inclusive, muitas vezes, municipalizada, não é possível considerar que estes planos estejam disponíveis para comercialização em todo o território nacional.

Ao observar a distribuição de produtos individuais ou familiares ativos por modalidade de operadora de plano de saúde, destaca-se o fato de que as cooperativas médicas detêm o maior número de produtos nesta modalidade e as seguradoras e autogestões não tem nenhum produto ativo registrado:

Tabela 5 – Planos individuais ou familiares novos e ativos por modalidade de operadora (Brasil - novembro/2019)

Modalidade	Nº de produtos ativos
Cooperativa Médica	2226
Medicina de Grupo	1403
Odontologia de Grupo	671
Cooperativa odontológica	388
Filantropia	226
Autogestão	0
Seguradora Especializada em Saúde	0
Total Geral	4914

Fonte: Elaboração Própria, com base nos Dados Abertos da Saúde Suplementar – Características dos Produtos, extraídos em 25/11/2019

Importante destacar que as autogestões celebram contratos apenas nas modalidades coletivas, nos termos da RN nº137/2006, logo, o fato de não terem nenhum produto sob regime individual ou familiar registrado e ativo para comercialização tem relação apenas com a modalidade de atuação deste grupo de operadoras, restrito aos planos coletivos.

Às seguradoras, a seu turno, não é imposto qualquer óbice legal ou infralegal à comercialização de planos individuais ou familiares, assim, o fato de não terem nenhum produto deste tipo de contratação com registro ativo junto à ANS representa uma opção pela não comercialização destes planos. Dessa forma, verifica-se que uma das modalidades de operadora de planos de saúde já não comercializa mais planos individuais ou familiares.

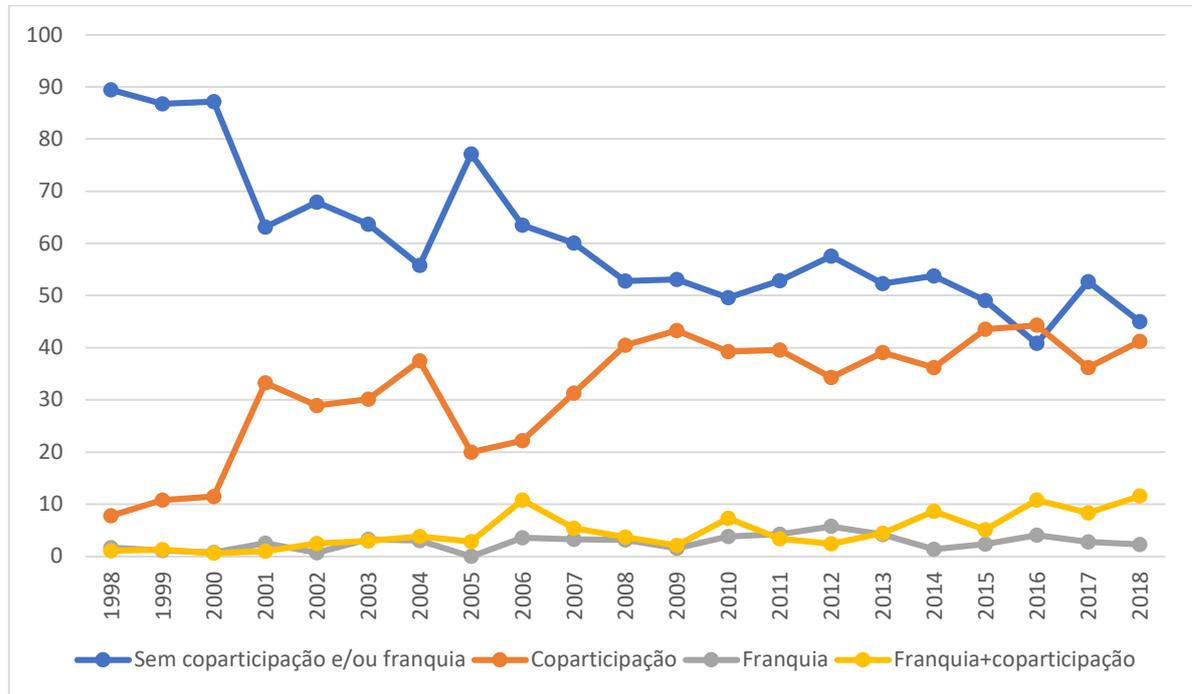
Nesse sentido, Leal (2014) acentua que as seguradoras passaram a adotar uma estratégia de negócio de redução de atuação no regime individual ou familiar, especialmente em relação aos planos novos, ou seja, comercializados após a Lei dos Planos de Saúde, de maneira que, em 2013, os planos individuais ou familiares novos representavam menos de 2% da carteira total das seguradoras, enquanto os planos individuais ou familiares antigos representavam mais de 5% à época.

Segundo dados da ANS, de novembro de 2019, a carteira de planos individuais novos das seguradoras representa, atualmente, 0,62% do total de beneficiários e a de planos individuais antigos representa 3,16%. Ou seja, observa-se que com a opção por não comercializar planos individuais ou familiares, a carteira deste regime de contratação das Seguradoras vem apresentando uma redução, com a consequente extinção, conforme os vínculos já contratados forem sendo rescindidos.

Ao estratificar os dados, considerando apenas os produtos no grupo de segmentação “ambulatorial e hospitalar”, percebe-se que 62% são vinculados a cooperativas médicas, 32% a medicinas de grupo e 6% a filantropias.

A respeito da aplicação de mecanismos financeiros de regulação nos produtos individuais ou familiares, nota-se que, percentualmente, apenas a partir de 2016, foram registrados mais produtos com fator financeiro de regulação em comparação com os produtos sem a aplicação destes mecanismos:

Gráfico 15 – Variação percentual no registro de planos individuais ou familiares com mecanismos financeiros de regulação (Brasil - 1998 a 2018)



Fonte: Elaboração Própria, com base nos Dados Abertos da Saúde Suplementar – Características dos Produtos, extraídos em 25/11/2019

Este comportamento pode ser indicativo de que o mercado de planos individuais ou familiares tem menos elasticidade em relação à aplicação de mecanismos financeiros de regulação do que o mercado de planos coletivos. Considerando que nos planos individuais ou familiares o próprio beneficiário arca com os custos do plano, o fato pode estar relacionado com o próprio comprometimento da renda das famílias com o pagamento de planos de saúde.

Entretanto, o percentual de planos individuais ou familiares com mecanismos financeiros de regulação, ao longo do período pós edição do marco regulatório, também aumentou, saindo de 11,6% nos planos anteriores à Lei 9.656/1998, passando a 52,1% nos planos novos ativos, segundo dados da ANS de novembro de 2019:

Ao analisar os produtos suspensos e cancelados, foi observado o mesmo padrão em relação à abrangência e segmentação, ou seja, a abrangência dos planos suspensos e cancelados era em grande parte de planos registrados como “grupo de municípios”, na segmentação “ambulatorial e hospitalar com obstetrícia”, assim como no caso dos planos coletivos.

No que concerne à regulamentação dos planos individuais ou familiares, a própria Lei nº 9.656/1998 trouxe a vedação à rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, no artigo 13, parágrafo único.

A Resolução CONSU nº14/1998, por sua vez, dispôs que nos planos individuais ou familiares poderia haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, em caso de doenças ou lesões preexistentes, assim como poderia ser exigido o cumprimento de prazos de carência previstos na Lei nº 9.656/1998. A RN nº 195/2009 manteve a mesma orientação.

Quanto à aplicação de reajustes anuais aos contratos celebrados após a vigência da Lei nº9.656/1998, a RN nº 171/2008 determina que, no caso dos planos individuais ou familiares, as operadoras devem solicitar a autorização de aplicação do reajuste à ANS e será definido um índice máximo a ser aplicado, chamado de “teto de reajuste”.

Portanto, em relação aos planos coletivos empresariais e coletivos por adesão, as principais diferenças em termos de regulamentação são relacionadas à aplicação de teto para os reajustes anuais, impossibilidade de rescisão unilateral imotivada e aplicação de prazos carenciais e de imputação de cobertura parcial temporária ou agravo, em caso de doenças ou lesão preexistentes.

Pelo exposto, a trajetória dos planos contratados sob o regime individual ou familiar, após a edição do marco regulatório da saúde suplementar, é de redução percentual no número de beneficiários vinculados a essa modalidade de contratação em comparação com os regimes de contratação coletivos.

Há, ademais, uma distribuição etária mais uniforme, contando com um maior percentual de beneficiários nas faixas etárias mais elevadas, indicando que se trata de um tipo de contratação que atende consumidores que não preenchem as condições de elegibilidade para a contratação de planos coletivos, notadamente crianças e idosos.

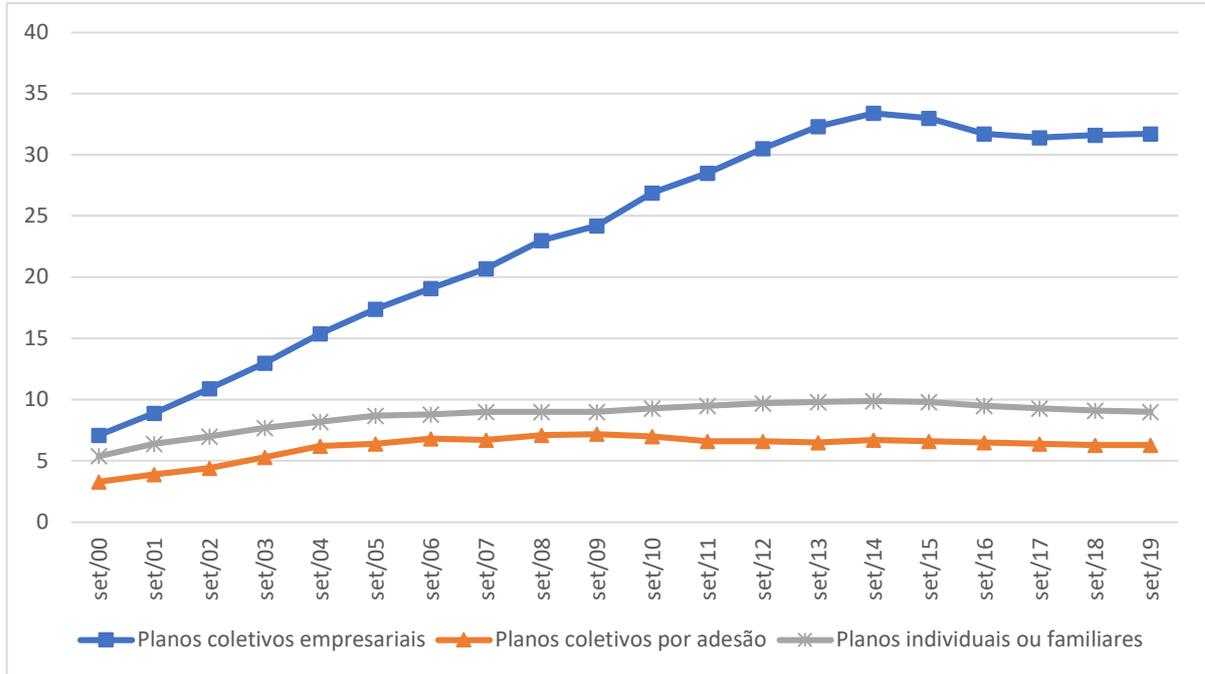
A respeito do registro de produtos, nota-se, especialmente a partir de 2012, que houve um maior número de cancelamentos e suspensões em comparação com o número de novos registros, o que indica uma redução na oferta deste tipo de contratação.

4.2 Análise comparativa dos regimes de contratação

Inicialmente, é importante salientar que, além do diagnóstico situacional de cada tipo de contratação, é fundamental comparar os regimes, a fim de obter uma visão geral sobre as relações travadas na comercialização de planos coletivos e individuais ou familiares.

Ao analisar a variação no número de beneficiários de planos de saúde de acordo com o regime de contratação ao longo da série histórica, como já tinha sido observado, constata-se um aumento proporcional expressivo no número de vínculos nos planos coletivos empresariais em comparação com os demais regimes:

Gráfico 16 – Vínculos de beneficiários de planos de assistência médica por regime de contratação (Brasil - 2000 a 2019)



Fonte: Elaboração Própria com base nos Dados Consolidados da Saúde Suplementar – set-2019

Em que pese tenha havido aumento do número de beneficiários em todos os regimes de contratação, a taxa de crescimento dos planos coletivos empresariais é muito superior à taxa dos planos coletivos por adesão e individuais ou familiares, como já havia sido sinalizado anteriormente:

Tabela 6 - Taxa de crescimento (%) do número de beneficiários em relação a setembro do ano anterior (Brasil – 2001 a 2019)

Mês/Ano	Percentual de crescimento - Coletivo empresarial	Percentual de crescimento - Coletivo por adesão	Percentual de crescimento - Individual ou Familiar
set/01	25,35%	18,18%	18,52%
set/02	22,47%	12,82%	9,38%
set/03	19,27%	20,45%	10,00%
set/04	18,46%	16,98%	6,49%
set/05	12,99%	3,23%	6,10%
set/06	9,77%	6,25%	1,15%
set/07	8,38%	-1,47%	2,27%
set/08	11,11%	5,97%	0,00%
set/09	5,22%	1,41%	0,00%
set/10	11,16%	-2,78%	3,33%
set/11	5,95%	-5,71%	2,15%
set/12	7,02%	0,00%	2,11%

set/13	5,90%	-1,52%	1,03%
set/14	3,41%	3,08%	1,02%
set/15	-1,20%	-1,49%	-1,01%
set/16	-3,94%	-1,52%	-3,06%
set/17	-0,95%	-1,54%	-2,11%
set/18	0,64%	-1,56%	-2,15%
set/19	0,32%	0,00%	-1,10%

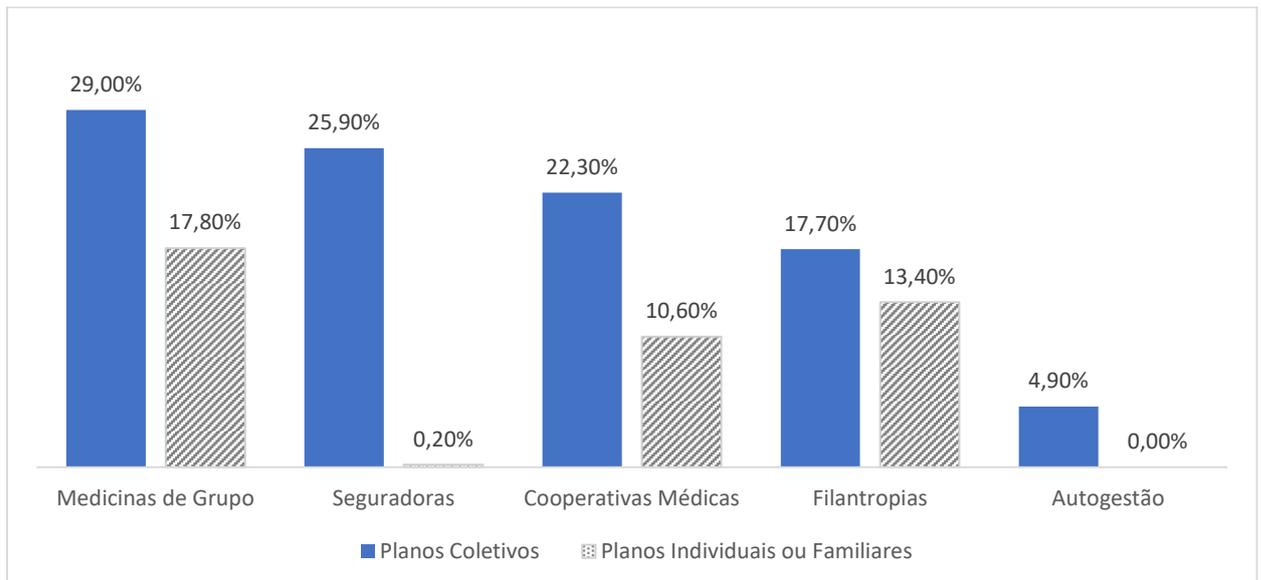
Fonte: Elaboração Própria com base nos Dados Consolidados da Saúde Suplementar – set-2019

Enquanto a taxa de crescimento acumulado dos planos coletivos empresariais, entre setembro de 2000 e setembro de 2019, foi de 346,48%, no caso dos planos coletivos por adesão foi de 90,91% e dos planos individuais familiares de 66,67%.

Ou seja, houve crescimento no número de vínculos individuais ou familiares, entretanto, em ritmo bem menos acelerado do que no caso dos planos coletivos. Além disso, nota-se que, desde 2015, o número de vínculos de planos individuais ou familiares vem diminuindo, enquanto o número de vínculos de planos coletivos, após retração entre 2015 e 2017, voltou a crescer a partir de 2018.

No que concerne à rotatividade dos beneficiários, as taxas dos planos coletivos são superiores às dos planos individuais ou familiares em todas as modalidades de operadoras:

Gráfico 17 - Taxa de rotatividade dos beneficiários de planos de assistência médica, por tipo de contratação do plano, segundo modalidade da operadora (Brasil - março/2019)¹⁴



Fonte: SIB/ANS/MS - 03/2019 - Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2019

¹⁴ Segundo o Caderno de Informação da Saúde Suplementar de junho de 2019: “A taxa de rotatividade mede o percentual dos vínculos substituídos no período em relação ao total existente no primeiro dia do período. O cálculo da taxa de rotatividade é realizado utilizando o menor valor entre o total de adesões e de cancelamentos em um período especificado.”

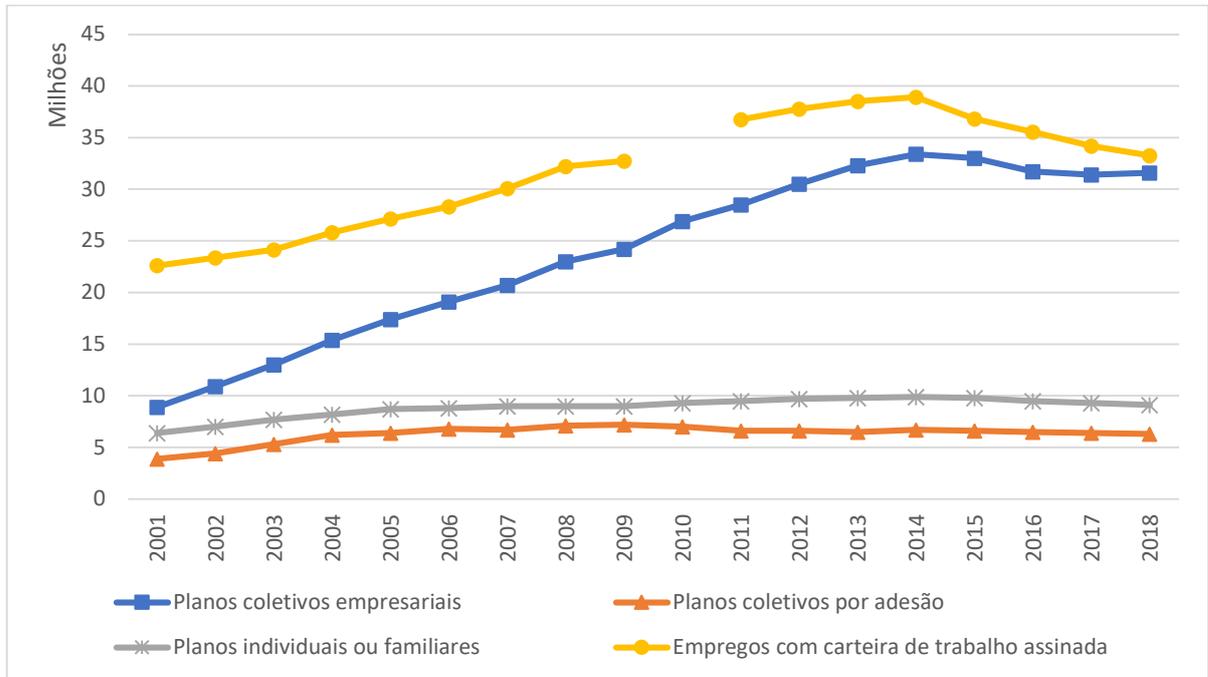
Importante destacar que dentre os fatores que influenciam a aquisição de planos de saúde estão variáveis como a renda dos consumidores, os preços do serviço e a criação de empregos formais no mercado de trabalho, além do crescimento populacional e aspectos subjetivos, como a percepção de funcionamento dos serviços públicos e privados de saúde (ANS, 2008a).

No mesmo sentido, Andrade (2003) destaca que a população com plano de saúde aumenta de forma proporcional à renda. A autora sugere, contudo, que mesmo os indivíduos mais pobres procuram adquirir planos de saúde, casos em que, em geral, tendem a contratar planos com coberturas mais limitadas.

Andrade (2003) observa, ademais, que a probabilidade de adesão a um plano de saúde em vínculos não mediados por um empregador é mais baixa em grupos de renda menor e que trabalhadores sem carteira assinada e autônomos têm maior probabilidade de possuir um plano de adesão voluntária – coletivo por adesão ou individual – em comparação com os trabalhadores com carteira assinada. Para a autora, trata-se de decorrência das próprias características do mercado de trabalho, em que os trabalhadores informais não têm acesso a benefícios trabalhistas.

No caso dos planos coletivos empresariais, considerando que a contratação pressupõe um vínculo empregatício, é possível afirmar que as variações no mercado de trabalho têm influência no desenvolvimento deste regime, o que já foi, inclusive, identificado pela ANS em estudo estatístico sobre as variáveis que impactam a contratação de planos de saúde (ANS, 2008a).

Gráfico 18 – Vínculos de beneficiários de planos de assistência médica por regime de contratação e número de empregos com carteira assinada (Brasil – 2000 a 2018)¹⁵



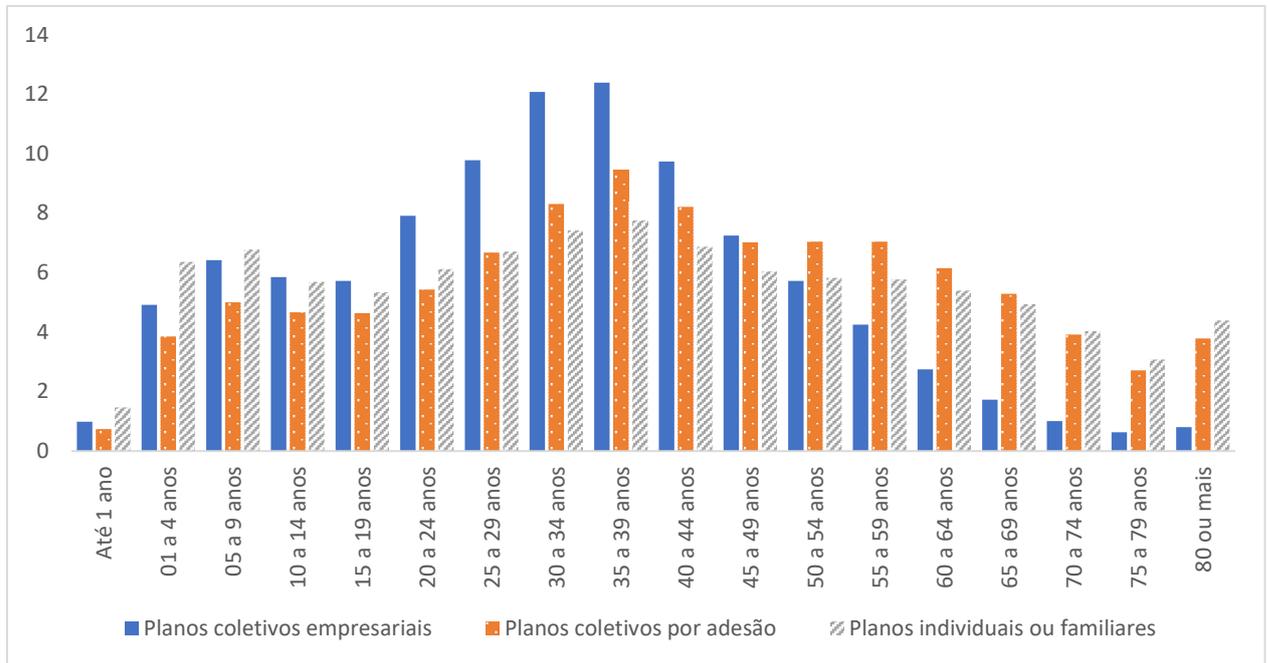
Fonte: Elaboração Própria com base nos Dados Consolidados da Saúde Suplementar – set-2019, PNAD Contínua/IBGE e PME/IBGE.

É possível verificar que a curva de evolução dos vínculos coletivos empresariais acompanha a variação no número de empregos com carteira de trabalho assinada entre 2001 e 2018.

Ao comparar a distribuição etária dos beneficiários, nota-se que nos planos individuais ou familiares há uma maior proporção de crianças entre 0 a 14 anos e de idosos acima de 70 anos, em comparação com os demais regimes:

¹⁵ O IBGE não disponibiliza dados referentes ao ano de 2010, o que justifica a descontinuidade da curva relativa ao número de empregos com carteira de trabalho assinada.

Gráfico 19 – Percentual de beneficiários por faixa etária e regime de contratação (Brasil – novembro/2019)



Fonte: Elaboração Própria, com base em dados extraídos da Sala de Situação da ANS em 21/11/2019

Sobre a distribuição de consumidores de planos de saúde entre as faixas etárias, Andrade (2003) assevera que nas faixas etárias mais jovens a proporção de adesão via trabalho é mais elevada, enquanto a adesão voluntária a planos coletivos por adesão ou individuais é maior nas faixas etárias mais elevadas.

No que concerne aos preços praticados, de acordo com análise realizada pela ANS com base nas Notas Técnicas de Registro de Produtos (NTRPs), os planos individuais ou familiares são mais caros em todas as faixas etárias na segmentação “ambulatório”, sendo em média 18,65% mais caros, bem como na segmentação “ambulatório e hospitalar”, na qual são em média 21,58% mais caros. Apenas na segmentação “hospitalar”, os planos coletivos têm maior preço do que os individuais ou familiares (ANS, 2018a, p. 30).

De acordo com a ANS (2018a), nas segmentações “ambulatório” e “ambulatório e hospitalar”, os planos coletivos por adesão apresentam preços mais elevados do que os planos coletivos empresariais. Já no caso da segmentação “hospitalar”, os planos coletivos empresariais apresentam preços mais elevados do que os planos coletivos por adesão.

Uma das explicações para a variação nos preços é encontrada na metodologia de cálculo de cada regime contratual. Teixeira et al (2002) acentuam que os contratos coletivos empresariais pressupõem um risco homogêneo para os participantes e sobre essa base é que são

realizados os cálculos *per capita* dos planos, ou seja, os cálculos são realizados de forma “*community ratio*”.

Por outro lado, no que concerne à contratação dos planos individuais ou familiares, os cálculos são mais detalhados e são baseados em uma avaliação “*experience ratio*”, ou seja, personalizada do risco, considerando variáveis como idade, sexo e doenças preexistentes (TEIXEIRA et al, 2002).

Contudo, outros fatores também influenciam os preços de cada regime contratual, como a possibilidade ou não de ajustar as margens de lucro pela via do reajuste anual.

No que concerne à despesa assistencial, que é um dos itens que fundamenta a precificação dos produtos disponíveis para comercialização, de acordo com os dados do Painel de Precificação da ANS de 2018, o custo médio é maior nos planos coletivos em comparação com os planos individuais ou familiares em “Consultas médicas”, “Demais despesas assistenciais”, “Exames complementares” e “Outros atendimentos ambulatoriais”. Já o custo médio das “Internações” e “Terapias” é maior nos planos individuais (ANS, 2018a, p. 46).

Em que pese o preço dos planos individuais seja mais elevado nas segmentações assistenciais “ambulatorial” e “ambulatorial e hospitalar”, ao analisar as despesas assistenciais destas segmentações, depreende-se que o custo médio dos planos individuais é apenas 3,64% maior do que o dos planos coletivos (ANS, 2018a, p. 46).

Entretanto, ao comparar os preços praticados na mesma segmentação assistencial, os preços dos planos individuais ou familiares são, em média, 21,58% maiores do que o preço dos planos coletivos.

Esse dado indica que o preço praticado na comercialização de planos individuais ou familiares pode ser utilizado como uma forma de seleção de riscos, ou seja, ao impor preços de entrada muito elevados neste tipo de contratação, as operadoras podem inviabilizar a contratação ou induzir que os consumidores contratem planos coletivos com preços de entrada mais baixos. Um dos possíveis efeitos da prática é, inclusive, induzir que consumidores contratem planos “falso coletivos”.

Os dados sobre a sinistralidade em cada regime contratual reforçam a perspectiva de que os preços de entrada em planos individuais ou familiares servem como uma barreira de acesso, pois, ao comparar os percentuais de sinistralidade, registra-se, entre os planos firmados após a Lei ° 9.656, de 1998, que o percentual de sinistralidade dos planos individuais ou familiares variou entre 70,10% e 75,43%, entre 2013 e 2016, enquanto o percentual dos planos coletivos empresariais oscilou entre 83,14% e 83,74%, no mesmo período, e dos planos coletivos por adesão, entre 82,09% e 76,34% (ANS, 2018a).

Outro ponto que merece atenção é relacionado ao número de beneficiários vinculados à cada contrato coletivo:

Tabela 7 – Distribuição de beneficiários por contratos coletivos (Brasil – dezembro/2019)

Nº de Beneficiários	Nº de contratos	% de contratos
1	49466	8,61
2	94913	16,52
3	105499	18,37
4	82048	14,28
5	38200	6,65
6	21972	3,82
7	15202	2,65
8	11490	2,00
9	8383	1,46
10	6904	1,20
Mais de 2000	537	0,09

Nº acumulado de Beneficiários	Nº acumulado de contratos	% acumulado de contratos
Até 10	434077	75,57
Até 30	538669	93,77
Até 50	550019	95,75
Até 1500	573643	99,86
Até 2000	573902	99,91

Fonte: Elaboração Própria, com base nos Dados Abertos da Saúde Suplementar – Reajuste de Planos Coletivos, extraídos em 10/12/2019, referentes ao 4º trimestre de 2018.

O que se percebe é que a maior parte dos contratos coletivos abarca um pequeno número de beneficiários, em muitos casos, contratos firmados por um único grupo familiar, em que pese celebrados por intermédio de uma pessoa jurídica.

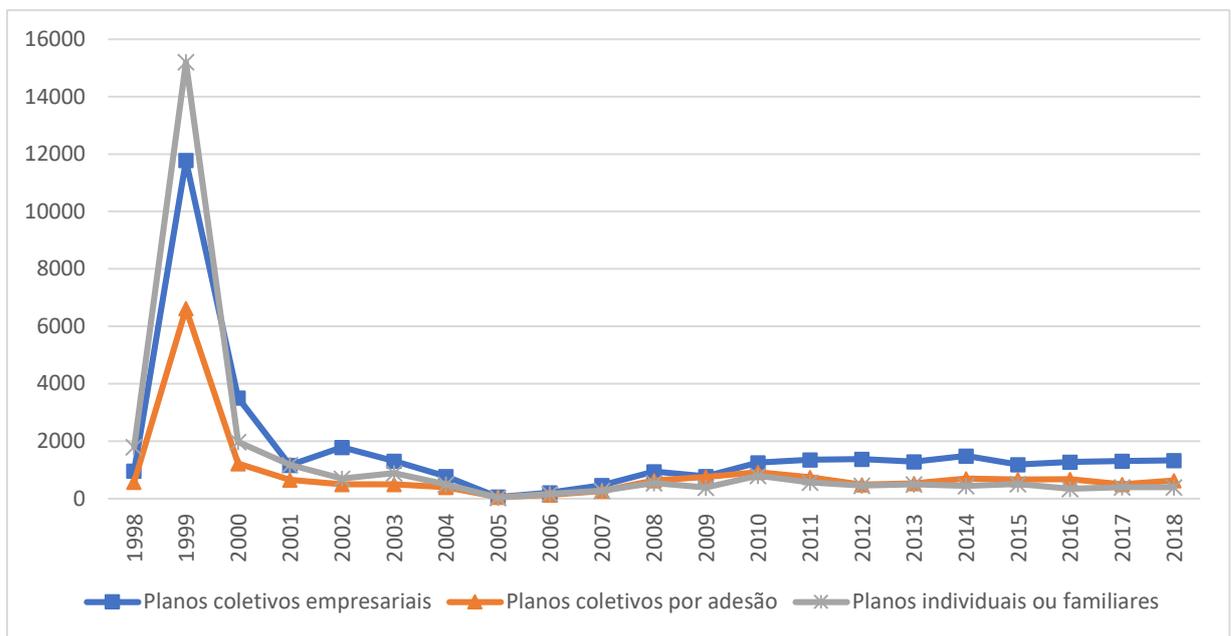
Saliente-se, ainda, que a RN nº 432/2017 permite a celebração de contratos coletivos empresariais para empresários individuais, prática esta que tende a aumentar o percentual de contratos coletivos empresariais com até 2 (dois) titulares.

Ao observar o percentual médio de reajustes de planos coletivos nota-se que os valores aplicados aos contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários foram superiores aos valores aplicados aos contratos com maior número de beneficiários todos os anos entre 2010 e 2017, chegando a ser 34% superiores em 2010 (ANS, 2018a).

Os dados demonstram que o menor poder de negociação de contratos com poucos beneficiários tem impacto direto na aplicação de reajustes anuais.

No que se refere ao comportamento das operadoras de planos de saúde ao registrarem produtos junto à ANS, ao comparar a evolução no número de registros de produtos por tipo de contratação, percebe-se que, em 1999, após a entrada em vigor da Lei nº 9.656/1998, o regime de contratação com maior número de produtos registrados foi o individual ou familiar. Contudo, a partir de 2002, o regime de contratação com maior número de registros passou a ser o coletivo empresarial:

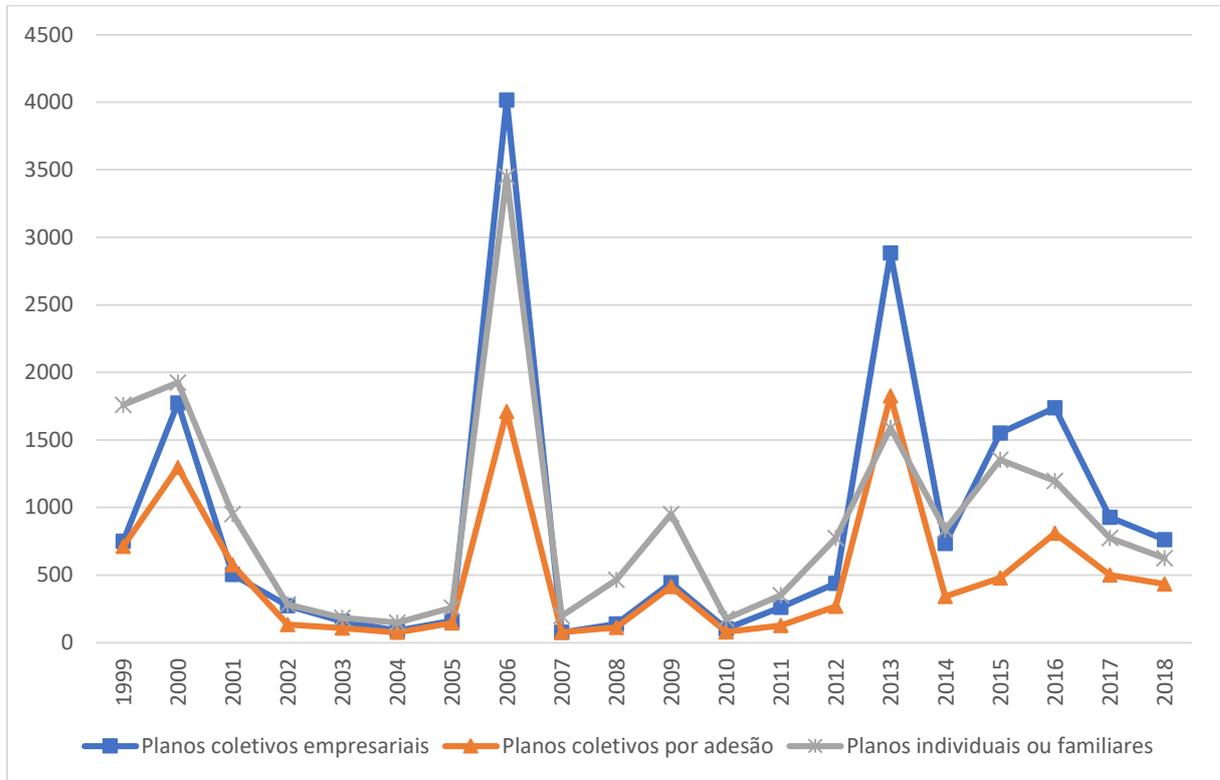
Gráfico 20 – Evolução dos registros de planos novos por regime de contratação (Brasil - 1998 a 2018)



Fonte: Elaboração Própria, com base nos Dados Abertos da Saúde Suplementar – Características dos Produtos, extraídos em 25/11/2019

Relativamente ao número de suspensões e cancelamentos de planos, observa-se que, entre 1999 e 2002, o maior número concentrou-se nos planos individuais ou familiares, assim como de 2007 a 2012, com destaque para o ano de 2009, em que o número de cancelamentos e suspensões de planos individuais ou familiares, proporcionalmente, foi bem superior aos demais regimes de contratação:

Gráfico 21 – Evolução de suspensões e cancelamentos de planos novos por regime de contratação (Brasil - 1999 a 2018)



Fonte: Elaboração Própria, com base nos Dados Abertos da Saúde Suplementar – Características dos Produtos, extraídos em 25/11/2019

Cabe reiterar que a variação no número de produtos que tiveram a comercialização suspensa ou que foram cancelados é um indicativo de que houve uma redução no número de planos individuais ou familiares ofertados.

Ao comparar as participações percentuais de cada regime contratual em registros e cancelamentos e suspensões, fica ainda mais evidente o impacto nos planos individuais ou familiares. Enquanto os planos coletivos empresariais tiveram uma média de 49% de registros e 34% de cancelamentos e suspensões, os coletivos por adesão tiveram 25,5% da média de registros e 21,7% de cancelamentos e suspensões e os planos individuais ou familiares 25,3% de registros e 44,2% dos cancelamentos e suspensões.

Outra questão que merece atenção é relacionada ao número de produtos cancelados em razão do cancelamento do registro da própria operadora. De um modo geral, em média, 37% dos produtos cancelados eram vinculados a operadoras também canceladas.

Considerando, ademais, a existência de diferentes modalidades de operadoras de planos de saúde, modalidades estas que definem normas regulatórias diferenciadas a depender de como a empresa atua no mercado, é possível identificar padrões diferenciados no registro de produtos.

Na modalidade seguradora não há nenhum plano individual ativo e a maior parte dos planos individuais ativos para comercialização estão nas cooperativas médicas e medicinas de grupo. No caso das autogestões, como já assentado, a inexistência de planos individuais ou familiares ativos é reflexo da regulamentação da modalidade que prevê a comercialização apenas de planos coletivos.

Sob a ótica dos mercados relevantes, é importante repisar que o mercado de planos de saúde é altamente concentrado. Andrade et al (2015) destacam que, no caso dos planos individuais ou familiares, 82,42% dos mercados relevantes é altamente concentrado; já no caso dos planos coletivos esse percentual é de 34,38%. A maior concentração no caso dos planos individuais ou familiares, para os autores, reflete a estrutura de concorrência que tem privilegiado o mercado de planos coletivos.¹⁶

Quanto às segmentações assistenciais, observa-se que todos os tipos de contratação seguem comportamento semelhante, de maior número de produtos ativos para comercialização na segmentação “ambulatorial e hospitalar com obstetrícia”:

A abrangência geográfica dos produtos ativos registrados na ANS, como já apontado, é aglutinada nos planos que garantem cobertura em “grupo de municípios” em todos os regimes de contratação. Contudo, ao estratificar os dados por modalidade de operadora, verifica-se que, no caso das odontologias de grupo e seguradoras, o maior número de produtos ativos tem abrangência nacional.

A abrangência geográfica dos planos de saúde está relacionada à forma de atuação de cada modalidade de operação no mercado. No caso das cooperativas, via de regra, a atuação de cada uma tem limites territoriais delimitados de forma estatutária, circunscritos a um município ou grupo de municípios, com a presença de maior número de operadoras, chegando a 288 (duzentas e oitenta e oito) operadoras ativas, segundo dados da ANS.

No caso das medicinas de grupo, também é verificado um maior número de operadoras ativas, chegando a 258 (duzentas e cinquenta e oito), segundo dados da ANS, com uma atuação mais pulverizada, tratando-se de um dos fatores que elevam o número de planos cuja área de abrangência é de “grupo de municípios”.

As filantropias, por sua própria natureza, também têm atuação delimitada, já que, em muitos casos, tratam-se de entidades criadas a partir da existência de uma unidade hospitalar que presta atendimento à população de um município e dos municípios da região.

¹⁶ A concentração de mercado foi avaliada a partir da definição de mercados relevantes, a qual considerou duas dimensões: produto e geográfica (Andrade et al, 2015).

As autogestões, por sua vez, atuam para grupos delimitados por vínculos empregatícios, fazendo com que a atuação muitas vezes seja limitada à área de atuação da própria empresa empregadora.

Por fim, no caso das seguradoras, trata-se de uma modalidade com um número restrito de operadoras, 9 (nove) no total, as quais abarcam sozinhas 11% do total de vínculos de beneficiários de planos de saúde, com atuação em todo território nacional, de maneira que possuem, proporcionalmente, mais produtos registrados com área de abrangência nacional.

Contudo, como atenta Antonio (2018), a venda de produtos com abrangência de “grupo de municípios” dificulta o exercício da portabilidade, já que grande parcela das operadoras não tem concorrência nos municípios onde atuam, o que colabora para os índices de concentração de mercado em detrimento de uma maior concorrência no setor.

Ao comparar as trajetórias dos três regimes de contratação, constata-se que, de 2000 a 2018, a contratação coletiva empresarial, além do maior número de vínculos de beneficiários, também tem o maior número de produtos registrados e ativos na ANS.

No caso dos planos individuais ou familiares, além de uma perda de participação proporcional expressiva no total de vínculos de beneficiários, observa-se uma tendência de redução no número de planos individuais ou familiares, em razão do número de novos registros ser inferior ao número de cancelamentos e suspensões de comercialização.

5 IMPACTOS REGULATÓRIOS NOS REGIMES DE CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Neste capítulo será analisada a regulamentação da ANS concernente aos regimes de contratação, bem como os posicionamentos da Agência sobre o tema.

Além disso, será realizada a correlação entre a trajetória regulatória e dos regimes contratuais, indicando também as possíveis causas e feitos do diagnóstico situacional de escassez de oferta de planos individuais ou familiares e predominância de planos coletivos.

5.1 A regulamentação da oferta dos tipos de contratação

Nesta seção será analisada a regulamentação da ANS quanto os regimes de contratação de planos de saúde, por meio dos atos normativos disciplinadores dos principais aspectos envolvendo as contratações coletiva empresarial, coletiva por adesão e individual ou familiar.

Será realizada, ainda, a análise dos posicionamentos da ANS nos instrumentos de participação social sobre os regimes de contratação, como forma de compreender como foram consolidados os instrumentos normativos que tratam dos regimes contratuais.

Além da identificação dos principais aspectos regulatórios relacionados ao assunto, será traçada a trajetória regulatória, bem como os principais pontos de mudança institucional de 1998 a 2018.

5.1.1 A trajetória da disciplina normativa dos regimes de contratação

Considerando as categorias de análise definidas na metodologia do presente estudo, inicialmente, foi verificada a regulamentação legal e infralegal disciplinadora dos principais aspectos envolvendo os regimes de contratação: características dos regimes de contratação; reajustes; portabilidade de carências; aposentados e demitidos; e registro de produtos.

A fim de correlacionar a trajetória dos planos coletivos e individuais ou familiares com a regulamentação da ANS, também foram identificados os instrumentos normativos editados nos períodos em que foram observados movimentos de aumento de cancelamentos e suspensões de comercialização de planos de saúde.

Dessa forma, também foram identificados atos normativos relacionados às categorias de análise nos períodos entre 2005 e 2006; 2012 e 2013; 2014 a 2018, considerando a edição de atos no ano de aumento de cancelamentos e suspensões de registros e no ano anterior, já que alguns instrumentos têm *vacatio legis*, ou mesmo um tempo de maturação para impactar o mercado.

Quadro 5 - Instrumentos normativos selecionados para o estudo

Instrumento Normativo	Assunto
Lei nº 9656/98	Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.
Lei nº 9961/00	Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências
Resolução Consu nº 06/98	Dispõe sobre critérios e parâmetros de variação das faixas etárias dos consumidores para efeito de cobrança diferenciada, bem como de limite máximo de variação de valores entre as faixas etárias definidas para planos e seguros de assistência à saúde.
Resolução Consu nº 14/98	Dispõe sobre a definição das modalidades de planos ou seguros sob o regime de contratação individual ou coletiva, e regulamenta a pertinência das coberturas às doenças e lesões preexistentes e a exigibilidade dos prazos de carência nessas modalidades
RN nº 63/03	Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004.
RN nº 85/04	Dispõe sobre a concessão de Autorização de funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências.
RN nº 100/05	Altera a RN nº 85, de 7 de dezembro de 2005 e dá outras providências.
RN nº 186/09	Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária.
RN nº 195/09	Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.
RN nº 252/11	Dispõe sobre as regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências, alterando as Resoluções Normativas nº 186, de 14 de janeiro de 2009, e nº 124, de 30 de março de 2006, e a Resolução de Diretoria Colegiada nº 28, de 26 de junho de 2000.
RN nº 259/11	Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde
RN nº 279/11	Dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e revoga as Resoluções do CONSU n.ºs 20 e 21, de 7 de abril de 1999.

RN nº 296/12	Acrescenta dispositivo à Resolução Normativa - RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe sobre as regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde.
RN nº 304/12	Dispõe sobre o encaminhamento da Nota Técnica de Registro de Produtos - NTRP para planos coletivos empresariais e altera a Resolução da Diretoria Colegiada -RDC nº 28, de 26 de junho de 2000.
RN nº 309/12	Dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste.
RN nº 324/13	Altera a Resolução Normativa RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre a concessão de autorização de funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e a Instrução Normativa IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, que dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos.
RN nº 356/14	Altera a Resolução Normativa - RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre a concessão de autorização de funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, a Resolução Normativa - RN nº 89, de 15 de fevereiro de 2005, que dispõe sobre a Arrecadação de Receitas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e a RN nº 309, de 24 de outubro de 2012, que dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste.
RN nº 432/17	Dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual.
RN nº 438/18	Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde, revoga a Resolução Normativa - RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009.
RN nº 441/18	Estabelece critérios para cálculo do reajuste máximo das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Fonte: Elaboração Própria

Em relação às disposições legais, conforme já assentado no presente trabalho, a Lei nº9.656/1998 trouxe as bases da regulamentação do setor de planos de saúde. No que se refere aos regimes de contratação, disciplinou as seguintes questões:

- a) quanto a aspectos estruturantes do setor:
- i. no artigo 9º estabeleceu que após o prazo de 120 (cento e vinte) dias da vigência da Lei, as operadoras de planos de saúde só podem comercializar planos, dentre outras exigências, se registrarem os produtos a serem comercializados. O artigo 9º previu, ademais, a possibilidade de cancelamento ou suspensão temporária da autorização de comercialização do produto, caso sejam identificadas irregularidades contratuais, econômico-financeiras ou assistenciais;
 - ii. no artigo 12, o §1º reiterou que após 120 (cento e vinte) dias da vigência da Lei, ficaria proibido o oferecimento de produtos em desconformidade com as segmentações assistenciais previstas;
 - iii. o artigo 16, no inciso VII, ao tratar dos regulamentos ou condições gerais dos produtos, disciplinou, entre outros temas, os tipos ou regimes de contratação;
 - iv. o artigo 19 tratou dos requisitos para que as operadoras pudessem requerer a autorização definitiva de funcionamento, tratando, neste item, da necessidade de registro dos produtos que seriam comercializados.
- b) quanto aos planos individuais ou familiares:
- i. no artigo 13 vedou a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias e sob a condição de que o consumidor seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência;
 - ii. o artigo 35-E reforçou a vedação legal quanto à rescisão imotivada dos planos individuais ou familiares;
 - iii. o artigo 16, no parágrafo único, estabeleceu a obrigatoriedade de entrega da cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais, no ato de contratação do plano, bem como material explicativo;
 - iv. o artigo 35-E, § 2º, estabeleceu que nos planos individuais ou familiares, independente da data de celebração, a aplicação de

cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias depende de aprovação prévia da ANS.

c) quanto aos planos coletivos:

- i. nos artigos 30 e 31 a Lei nº 9.656/1998 disciplinou a possibilidade de permanência de aposentados e demitidos em planos coletivos, em decorrência de vínculo empregatício.

A Lei dos Planos de Saúde, além de representar, *per se*, uma inovação ao regulamentar um setor até então sem regulamentação específica, trouxe algumas inovações institucionais, como a obrigatoriedade de registro dos planos para que possam ser comercializados pelas operadoras e a padronização de regimes de contratação, dentre outros aspectos.

Além disso, regulamentou itens importantes a respeito dos regimes de contratação, como a proibição da rescisão unilateral imotivada no caso dos planos individuais ou familiares e a necessidade de autorização prévia da ANS para a aplicação de reajustes anuais nestes contratos.

Bahia e Viana (2002) salientam que a regulamentação tinha por intento justamente corrigir e minimizar as falhas do mercado de planos de saúde, como a prática de seleção de riscos, pela qual as operadoras utilizavam mecanismos para ofertar cobertura apenas para os menores riscos, e práticas de seleção adversa e risco moral, que correspondem, respectivamente, a comportamentos de consumidores que optam pela contratação de planos apenas quando já apresentam um problema de saúde ou aumentam o consumo dos serviços em razão da cobertura dos planos.

A Lei nº9.961/2000, que criou a ANS, por sua vez, elencou dentre as atribuições da Agência: estabelecer normas para registro dos produtos definidos; estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde; e autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda. Logo, concedeu à ANS competência para a disciplina infralegal dos regimes de contratação de planos de saúde.

No nível infralegal, a Resolução CONSU nº 14/1998 foi o primeiro instrumento a regulamentar os regimes de contratação de planos de saúde. Como já exposto quando tratado das trajetórias de cada regime de contratação, a Resolução CONSU nº 14/1998 definiu o conceito de cada regime de contratação, assim como trouxe regras relacionadas à aplicação de carência, cobertura parcial temporária e agravo.

A Resolução CONSU nº14/1998, no caso dos contratos coletivos, estabeleceu um patamar mínimo de 50 (cinquenta) beneficiários, para que não houvesse a imputação de prazos carenciais e cobertura parcial temporária ou agravo em caso de doenças ou lesões preexistentes.

Este instrumento normativo, como se vê, foi construído sob a lógica de um risco homogêneo nos contratos coletivos acima de 50 (cinquenta) vidas e de que nestes contratos restaria minimizada a possibilidade de seleção adversa.

Entretanto, aos contratos coletivos com menos de 50 (cinquenta) beneficiários seriam aplicáveis medidas para a minimização dos efeitos da seleção adversa e do risco moral, como a imputação de prazos de carência e de cobertura parcial temporária ou agravo.

Em que pese nos contratos coletivos com mais de 50 (cinquenta) vidas a isenção de carências e de cobertura parcial temporária ou agravo reduzissem eventuais impactos de uma rescisão contratual unilateral e imotivada por parte da operadora, os contratos com menos de 50 (cinquenta) vidas não contavam com qualquer proteção nesse sentido.

A Resolução CONSU nº 14/1998 foi revogada, apenas em 2009, pela Resolução Normativa nº 195. Como já visto, a RN nº 195/2009 trouxe novas regras para a aplicação de carência e cobertura parcial temporária ou agravo aos contratos coletivos e disposições a respeito da possibilidade de rescisão contratual, aplicação de reajustes e regras administrativas, como aquelas relacionadas à cobrança de mensalidades.

Neste contexto, no caso dos contratos coletivos empresariais, o número de beneficiários mínimo, para fins de afastamento de aplicação de prazos de carência e cobertura parcial temporária ou agravo, passou a ser de 30 (trinta).

No caso dos planos coletivos por adesão, a RN nº195/2009 afastou a imputação de prazos de carência, em algumas situações, mas, por outro lado, permitiu a aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo a todos os contratos coletivos por adesão.

Outra inovação institucional importante trazida pela RN nº 195/2009 foi a de que as operadoras passaram a não poder realizar a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários no caso dos contratos coletivos.

A RN nº 196/2009, por sua vez, regulamentou a figura das administradoras de benefícios, enquanto modalidades de operadoras, às quais passou a ser franqueada a cobrança de mensalidades aos beneficiários no caso dos planos coletivos, dentre outras atividades.

Dentre os efeitos da RN nº 195 e da RN nº 196, ambas de 2009, está a inserção das administradoras de benefícios como mais um ente a figurar na relação contratual. A relação entre operadora e pessoa jurídica contratante passou a contar com mais um elemento.

Na prática, muitas pessoas jurídicas contratantes, por não serem dotadas de estrutura administrativa própria para a cobrança direta aos beneficiários, passaram a contratar os serviços das administradoras de benefícios, criando um novo nicho de atuação no mercado de planos de saúde.

Em termos de inovação, a RN nº195/2009 redefiniu a regulamentação quanto à aplicação de prazos de carência e cobertura parcial temporária ou grave, definiu regras para a rescisão unilateral imotivada nos contratos coletivos, que passou a exigir uma notificação prévia com, no mínimo, 60 (sessenta) dias de antecedência, e inseriu a figura das administradoras de benefícios na regulamentação setorial.

Contudo, a RN nº 195/2009 não representou uma ruptura em relação à regulamentação anterior no que concerne aos tipos de contratação, na medida em que manteve as regras relacionadas à possibilidade de rescisão unilateral imotivada dos contratos coletivos e à aplicação de reajustes anuais livremente negociados neste regime contratual, questões centrais definidoras da oferta de planos de saúde.

A respeito da elegibilidade para a contratação de planos coletivos, em 2017, foi editada a RN nº 432, que disciplinou a possibilidade de contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual.

A RN nº 432/2017 permitiu a contratação de planos de saúde sob o regime coletivo empresarial a empresários individuais e disciplinou as condições de elegibilidade para a contratação nestes termos.

A RN nº 432/2017 também determinou que a celebração ou a manutenção de contrato coletivo empresarial por empresário individual, que não atenda ao disposto na Resolução, equipara-se, para todos os efeitos legais, ao plano individual ou familiar.

Além do exposto, a RN nº432/2017 disciplinou a possibilidade de rescisão contratual e, nesse sentido, trouxe a previsão de que o contrato celebrado nos termos da Resolução somente poderá ser rescindido pela operadora na data de aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, e nos casos de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido na data indicada mediante comunicação prévia ao contratante.

Como já destacado, a RN nº 432/2017 pode, portanto, ampliar o número de contratos coletivos empresariais com número reduzido de titulares, já que se trata de contratação com até 2 (dois) titulares.

Importante notar que estes contratos não são, de fato, coletivos, em que pese a regulamentação assim os considere, pois, em alguns casos, podem abarcar apenas 1 (um)

beneficiário. Dessa forma, fica afastada qualquer paridade de forças entre beneficiário e operadora de planos de saúde, não havendo que se falar em poder de negociação, razão precípua para a argumentação de que os contratos coletivos podem ser menos regulamentados do que os planos individuais ou familiares.

Nesse sentido, no Relatório Conclusivo da Consulta Pública nº 64, de 2017, a ANS afirmou que (ANS, 2017d):

A distinção supracitada se dá porque a ANS entende que a negociação para contratação de um plano coletivo por pessoas jurídicas (empresa ou associação/órgão de classe/sindicato), as quais possuem maior poder de negociação junto às operadoras, naturalmente, tende a resultar na obtenção de condições mais vantajosas para a parte contratante.

Entretanto, nos casos em que a pessoa jurídica contratante possui um número reduzido de vínculos aptos a serem incluídos na contratação do plano coletivo, o mencionado poder de negociação é mitigado, resultando em um desequilíbrio das partes, caso em que as Operadoras assumem posição privilegiada na relação, mormente em razão da assimetria de informação, característica inerente ao setor.

Como forma de minimizar a seleção de riscos, a RN nº432/2017 permite a rescisão unilateral imotivada apenas na data de aniversário do contrato e mediante notificação prévia, entretanto, a despeito de garantir maior previsibilidade aos beneficiários quanto à rescisão, mantém esta possibilidade.

Sobre a aplicação de reajustes, em novembro de 1998, foi editada a Resolução CONSU nº 06, que dispôs sobre os critérios e parâmetros de variação das faixas etárias dos consumidores para efeito de cobrança de mensalidade, bem como os limites máximos de variação de valores entre as faixas etárias definidas. Nos termos desta resolução, os contratos de planos de saúde poderiam discriminar até 07 (sete) faixas etárias, entre: 0 (zero) a 17 (dezesete) anos de idade; 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos de idade; 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos de idade; 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos de idade; 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos de idade; 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos de idade; e 70 (setenta) anos de idade ou mais. A Resolução CONSU nº6, de 1998, previu, ademais, que o valor fixado para a última faixa etária, não pudesse ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

Ocorre que, com o advento da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispôs sobre o Estatuto do Idoso, a ANS editou a RN nº 63, de 22 de dezembro de 2003, que passou a prever a possibilidade de até 10 (dez) faixas etárias, a saber: 0 (zero) a 18 (dezoito) anos; 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos; 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos; 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos; 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos; 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos; 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos; 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos; 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos; e 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

A RN nº 63/2003 também normatizou a proibição de que o valor fixado para a última faixa etária não pudesse ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pudesse ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

A edição do Estatuto do Idoso vedou a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade, culminando na redefinição das faixas etárias pela ANS, trazendo uma importante mudança, ao disciplinar a última faixa etária aos 59 (cinquenta e nove) anos de idade.

A respeito da aplicação de reajustes anuais, o primeiro dispositivo infralegal editado pela ANS a tratar do tema foi a RDC nº 29/2000, que previu que nos planos individuais ou familiares os valores das contraprestações pecuniárias poderiam ser reajustados nas respectivas datas de aniversário dos contratos, nos percentuais previamente autorizados pelo órgão regulador e que, no caso dos contratos coletivos, as operadoras deveriam comunicar à ANS os percentuais de reajustes a serem aplicados, com 30 (trinta) dias de antecedência.

Após a edição da RDC nº29/2000, foram editados, anualmente, instrumentos normativos disciplinando a aplicação de reajustes anuais, os quais não promoveram inovações em relação ao ato normativo de 2000. Em 2008, foi editada a RN nº171, que passou a disciplinar a matéria.

A RN nº171/2008 não alterou substancialmente as previsões anteriores, mantendo a obrigatoriedade do pedido de autorização para a aplicação de reajustes anuais em planos individuais ou familiares, limitados ao teto estabelecido pela ANS, e a obrigatoriedade de comunicação dos valores referentes aos reajustes anuais aplicados aos contratos coletivos.

Contudo, em 2012, foi publicada a RN nº 309, que trouxe novas regras em relação à aplicação de reajustes anuais nos contratos coletivos. No artigo 3º, a RN nº 309 determinou a obrigatoriedade de que as operadoras de planos de saúde formassem um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários, para o cálculo do percentual de reajuste aplicável a esse agrupamento.

As operadoras, nos termos da RN nº309/2012, deverão calcular um único percentual de reajuste, que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários, independentemente do plano contratado, salvo a subdivisão por segmentação assistencial. Além disso, a RN nº 309/2012 previu que os contratos que não fossem aditados para se adequarem à resolução, não poderiam receber novos beneficiários.

Outro ponto importante é que a RN nº 309/2012 dispôs que não tem efeitos sobre os contratos exclusivos para ex-empregados, demitidos ou exonerados sem justa causa, ou aposentados.

A RN nº309/2012 trouxe, assim, uma inovação em relação à regulamentação dos reajustes anuais de planos coletivos, na medida em que determinou a aplicação de um reajuste único aos contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários, acrescentando uma camada à regulamentação destes regimes contratuais.

Esta norma dificulta a aplicação de reajustes anuais de caráter expulsório a contratos específicos, na medida em que um mesmo índice deve ser aplicado a todos os contratos com menos de 30 (trinta) vidas e calculado de acordo com disposição contratual prevista em contrato. Além disso, ao criar um *pool*, tende a diluir os riscos para um grupo maior, com o possível efeito de redução dos percentuais médios.

Sob outro ponto de vista, porém, a RN nº 309/2012 manteve a trajetória de não limitar a aplicação de reajustes anuais em contratos coletivos ao percentual máximo determinado pela ANS e excluiu os contratos exclusivos de aposentados e demitidos da aplicação da norma.

Em relação aos contratos exclusivos de aposentados e demitidos, é importante sinalizar que a exclusão quanto à aplicação da RN nº 309/2012 preserva a possibilidade de aplicação de reajustes expulsórios a estes grupos, dando margem à utilização de percentuais de reajuste promotores de verdadeira seleção de riscos pelas operadoras de planos de saúde.

Em dezembro de 2018, foi publicada a RN nº 441, que trouxe uma nova metodologia de cálculo do teto de reajuste dos planos individuais ou familiares. Um dos objetivos da norma é, ao aprimorar o cálculo deste percentual, recompor as mensalidades de acordo com a realidade dos custos do mercado, incentivando a comercialização de planos individuais ou familiares. Tendo em vista se tratar de uma mudança muito recente, ainda não é possível avaliar os efeitos do instrumento.

Outro ponto da regulamentação que merece atenção é referente à portabilidade de carências. Em que pese a portabilidade, isoladamente, não interfira nos regimes de contratação, afeta aspectos relativos à concorrência e, por conseguinte, à oferta.

A portabilidade de carências na saúde suplementar foi regulamentada em 2009, por meio da RN nº 186. À época, a portabilidade de carências só foi disponibilizada para beneficiários vinculados a contratos individuais ou familiares.

A RN nº 186/2009 trouxe uma inovação importante para o mercado de planos de saúde, ao prever a possibilidade de troca de plano para outra operadora sem a necessidade de

cumprimento de novos prazos de carência. Entretanto, ao impor uma série de requisitos e limitá-la aos planos individuais ou familiares, restringiu os eventuais benefícios concorrenciais.

Em 2011, a RN nº 186 foi alterada pela RN nº 252, que estendeu a portabilidade aos beneficiários de contratos coletivos por adesão, bem como criou a figura da portabilidade especial, aplicável a situações específicas, envolvendo, por exemplo, regimes especiais, cancelamento compulsório do registro de operadora ou liquidação extrajudicial, após o insucesso da transferência compulsória da carteira de beneficiários.

Em 2012, a RN nº 296 acrescentou a figura da portabilidade extraordinária, nos casos em que, em face do interesse público, a Diretoria Colegiada da ANS poderia afastar os requisitos para a realização da portabilidade.

A RN nº 438, de 2018, por sua vez, ampliou a portabilidade para todos os regimes de contratação, bem como diminuiu os requisitos necessários, como, por exemplo, ao acabar com a chamada “janela de portabilidade”, ou seja, período durante o ano em que a portabilidade poderia ser exercida.

Vale destacar que, para que as normas regulamentares relacionadas à portabilidade de carências sejam plenamente efetivas, é fundamental que haja produtos ativos disponíveis para comercialização. A escassez de planos individuais ou familiares, por exemplo, é um entrave para a portabilidade de beneficiários que não preenchem condições de elegibilidade para contratações coletivas.

Além dos aspectos relacionados às características dos regimes de contratação de planos de saúde, também é importante avaliar a regulamentação estruturante do setor.

Assim, a respeito do registro de produtos, a RDC nº4, de 2000, foi a primeira a tratar do tema no âmbito da ANS, regulamentando os aspectos operacionais. Em 2004, foi publicada a RN nº85, que dispôs sobre a concessão de autorização de funcionamento das operadoras e sobre o registro de produtos.

No artigo 11, a RN nº 85/2004 determinou que o registro junto à ANS é condição para a comercialização. A RN nº85/2004 estabeleceu, ainda, as regras para a suspensão e o cancelamento dos produtos.

A regulamentação do registro de produtos sofreu diversas alterações ao longo do período pós marco regulatório, as quais influenciaram no padrão de registros, suspensões e cancelamentos de produtos.

Em pese não trate do registro de produtos, a RN nº195/2009 determinou, a seu turno, que os contratos que permanecessem incompatíveis com os parâmetros fixados na resolução, especificamente quanto às condições de elegibilidade, não pudessem receber novos

beneficiários, ressalvados os casos de novo cônjuge e filhos do titular. Outro ponto que merece destaque é que a RN nº 195/2009 previu que os registros dos produtos não adequados à nova regulamentação seriam suspensos ou cancelados pela ANS, sendo vedadas novas inclusões de beneficiários.

Em 2011, foi publicada a RN nº 259, que trata das garantias de atendimento, ou seja, dos prazos máximos de atendimento. Esta resolução também tratou de aspectos relacionados com o registro de planos, ao estabelecer, no artigo 12-A, que o descumprimento reiterado das regras dispostas nesta Resolução Normativa, que possa constituir risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários, poderá acarretar a suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos privados de assistência à saúde. A RN nº 259 estabeleceu, assim, uma nova hipótese de suspensão de comercialização de planos.

Dentre os desdobramentos da RN nº 259 está a criação do Monitoramento da Garantia de Atendimento, estabelecido em 2012, por meio da Instrução Normativa da DIPRO nº 38, tendo como principal objetivo avaliar o cumprimento dos prazos máximos de atendimento, o qual enseja a suspensão de comercialização de planos. Em 2013, foi publicada a Instrução Normativa da DIPRO nº 42, que ampliou o escopo do monitoramento, passando a ser consideradas todas as reclamações relacionadas à cobertura assistencial recebidas na ANS.

As RNs nº 324 e 356, de 2013 e 2014, respectivamente, promoveram alterações na RN nº 85/2004, incluindo aspectos relativos à suspensão de comercialização de produtos.

A RN nº 304, de 2012, também trouxe considerações que impactaram no registro de produtos. Ao regulamentar itens sobre as Notas Técnicas de Registro de Produtos (NTRPs), a RN nº 304 previu que o plano coletivo empresarial que não se adequasse à NTRP na forma da Resolução teria sua comercialização suspensa, passando para o status “ativo com comercialização suspensa”.

Portanto, de 2000 a 2018, foi editada uma série de atos normativos que trataram das características dos regimes de contratação de planos de saúde, assim como das obrigações sobre o registro de produtos. A disciplina regulamentar destes temas relaciona-se com a oferta dos regimes de planos de saúde ao interferir em aspectos ligados ao enfrentamento das falhas de mercado do setor.

No período analisado é possível identificar, na trajetória normativa da regulação de saúde suplementar, uma série de inovações institucionais a respeito de assuntos ligados aos regimes de contratação, como: alteração nos conceitos dos tipos de contratação; mudança nas regras relacionadas à carência e cobertura parcial temporária nos contratos coletivos; previsão

de notificação prévia para a rescisão de contratos coletivos; portabilidade de carências; implementação do *pool* de risco para contratos com até 30 (trinta beneficiários); e rescisão programada para contratos coletivos empresariais firmados por empresários individuais.

Contudo, estas inovações não foram capazes de romper com a trajetória estabelecida desde a Lei dos Planos de Saúde de regular de forma mais intensa apenas os planos individuais ou familiares, estabelecendo um teto de reajuste anual e vedação à rescisão unilateral imotivada pelas operadoras apenas neste regime contratual.

Em que pese algumas destas inovações tenham ampliado a regulamentação de contratos coletivos, como o *pool* de risco e a rescisão programada, os aspectos centrais da regulamentação dos tipos de contratação permaneceram aplicáveis apenas aos contratos individuais ou familiares.

5.1.2 A Agência Nacional de Saúde Suplementar e os regimes de contratação

Além da regulamentação setorial, a fim de perscrutar os impactos regulatórios sobre a oferta dos tipos de contratação de planos de saúde, também é necessário avaliar a documentação da ANS sobre o tema.

A análise documental tem por objetivo examinar como o órgão regulador se manifestou sobre as categorias de análise relacionadas aos tipos de contratação de planos de saúde, revelando as motivações dos atos normativos editados.

No que concerne à análise documental, foram selecionados documentos vinculados aos mecanismos de participação social no âmbito da ANS, referentes aos regimes de contratação de planos, conforme categorias de análise definidas na metodologia, a saber:¹⁷

Quadro 6 – Documentos da ANS selecionados para o estudo

Assunto	Modalidade de participação social	Tema	Data
Agenda Regulatória	Consulta Pública nº 52	Dispõe sobre a construção da Agenda Regulatória 2013/2014	21/12/2012 a 29/01/2013
	Consulta Pública nº 57	Dispõe sobre a construção da Agenda Regulatória 2015/2017	06/05/2015 a 04/06/2015
	Consulta Pública nº 74	Dispõe sobre a construção da Agenda Regulatória 2019/2021	07/03/2019 a 05/04/2019

¹⁷ Todos os documentos analisados encontram-se listados no Apêndice A

Características dos regimes de contratação	Consulta Pública nº 30	Classificação dos planos de saúde, contratação de planos de saúde e criação de Administradora de Benefícios	19/11/2008 a 03/12/2008
	Audiência Pública nº 4	Audiência pública sobre a regulamentação específica dos contratos coletivos empresariais dos planos privados de assistência à saúde	24/10/2016
	Câmaras e Grupos Técnicos	Grupo de Trabalho sobre Planos Acessíveis	Abril/2017 a setembro/2017
	Consulta Pública nº 64	Contratação de Plano Coletivo Empresarial por Empresário Individual	15/08/2017 a 14/09/2017
Reajustes	Câmaras e Grupos Técnicos	Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste	Junho/2010 a dezembro/2011
	Câmaras e Grupos Técnicos	Grupo Técnico do Novo Modelo de Reajuste	Fevereiro/2011 a novembro/2011
	Câmaras e Grupos Técnicos	Câmara Técnica do Pool de Risco	Novembro/2011 a junho/2012
	Consulta Pública nº 48	Pool de Risco - regulamentação do agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para o cálculo e a aplicação do percentual de reajuste.	01/08/2012 a 30/08/2012
	Comitês e Comissões	Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos	Dezembro/2017 a fevereiro/2018
	Audiência Pública nº 10	Audiência Pública para Política de Preços e Reajustes	24 e 25/07/2018
	Audiência Públicanº13	Audiência Pública acerca da proposta de Resolução Normativa que estabelece critérios para cálculo e aplicação do reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados individuais/familiares.	13/11/2018
Portabilidade	Consulta Pública nº 29	Portabilidade de carências	22/09/2008 a 17/10/2008
	Câmaras e Grupos Técnicos	Câmara Técnica de Portabilidade de Carências	Junho/2010 a agosto/2010
	Consulta Pública nº 34	Extensão da Portabilidade	20/10/2010 a 10/11/2010

	Comitês e Comissões	Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos	Março/2017 a julho/2017
	Consulta Pública nº 63	Consulta Pública para atualização da Resolução Normativa que regulamenta a Portabilidade de Carências	10/08/2017 a 11/09/2017
Aposentados e demitidos	Câmaras e Grupos Técnicos	Câmara Técnica da Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98	Julho/2010 a outubro/2010
	Consulta Pública nº 41	Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.	19/04/2011 a 02/06/2011

Fonte: Elaboração Própria

Inicialmente, é importante salientar que nos mecanismos de participação da sociedade utilizados pela ANS a participação mais expressiva é a do próprio mercado regulado, com baixa participação de representantes de consumidores e outros atores, o que compromete a efetividade destes instrumentos enquanto mecanismos de garantia da participação de toda a sociedade na formulação de políticas regulatórias (Salinas e Martins, 2018).

Para iniciar a análise, cumpre verificar as disposições da ANS nas Agendas Regulatórias do período. A Agenda Regulatória é definida pela ANS (2019) como “um instrumento de planejamento que orienta a atuação da ANS e estabelece os assuntos prioritários que serão analisados pela instituição em determinado período.”

A Agenda Regulatória é uma ferramenta que, além de organizar o planejamento, confere transparência em relação aos assuntos considerados prioritários e que serão objeto da atuação do órgão. Os projetos da Agenda Regulatória são organizados por eixo, os quais são definidos a cada período e submetidos à participação social, seja por meio de discussões na Câmara de Saúde Suplementar, como também por meio de consultas públicas.

A primeira Agenda Regulatória da ANS compreendeu o período que foi de 2011 a 2012. Também foram divulgadas agendas para os períodos de: 2013 a 2014; 2016 a 2018; e 2019 a 2021.

Na Agenda Regulatória de 2011/2012, constou no eixo de “Incentivos à concorrência” a ação “Criar mecanismos de incentivo à comercialização de planos individuais”, tendo como resultado, segundo a ANS, a publicação da Resolução Normativa nº 309, de 2012, que tratou do agrupamento de contratos coletivos para o cálculo do percentual de reajuste anual (ANS, 2019a).

Já na Agenda de 2013/2014, no eixo de “Sustentabilidade do Setor”, foi prevista a ação “Aprofundar estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais” (ANS, 2019a).

No período de 2016/2018, também no eixo de “Sustentabilidade do Setor”, foi prevista a ação “Aprimoramento das regras para comercialização dos planos individuais e coletivos”, a qual foi subdividida em duas, a saber: realizar estudos sobre o aprimoramento dos critérios de elegibilidade para planos coletivos, visando conferir maior transparência e segurança na contratação de planos de saúde; e verificar o impacto da configuração das carteiras das operadoras no cumprimento do pacto intergeracional do setor de saúde suplementar brasileiro (ANS, 2019a).

Os resultados alcançados referentes à ação no período de 2016/2018, segundo a ANS, foi a previsão de ampliação, desde 2015, do debate iniciado na Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO) (ANS, 2019a).

Na Agenda Regulatória para o período de 2019/2021, no eixo denominado de “Equilíbrio da Saúde Suplementar”, o terceiro tema é o “Acesso a planos privados de assistência à saúde”, relacionado a aspectos relativos à contratação e permanência de consumidores no setor (ANS, 2019a).

Foram identificadas 3 (três) consultas públicas sobre as agendas regulatórias, realizadas em 21/12/2012 a 29/01/2013; 06/05/2015 a 04/06/2015; e 07/03/2019 a 05/04/2019.

Na Consulta Pública nº 52, realizada entre 21/12/2012 e 29/01/2013, constam no relatório final contribuições dos participantes a respeito do aprofundamento de estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais. Cabe destacar as contribuições de nº 826 e nº 837, presentes no Relatório da Consulta Pública nº 52, que sugeriram que a proposta também abarcasse a avaliação quanto ao reajuste de planos coletivos. Em resposta, a ANS destacou que a RN nº309, que trata do chamado *pool* de risco, tinha sido publicada recentemente e que os resultados seriam monitorados (ANS, 2013).

A Agenda Regulatória do período 2013/2014 contemplou apenas as discussões relativas ao reajuste de planos individuais ou familiares, demonstrando que a ANS, sobre o tema dos reajustes de planos coletivos, compreendeu que os resultados da RN nº 309 deveriam ser monitorados, antes de novas discussões (ANS, 2019a).

Na Consulta Pública nº 57, realizada entre 06/05/2015 e 04/06/2015, referente à Agenda Regulatória de 2016/2018, a ANS, na Exposição de Motivos, destaca que o problema relacionado ao eixo de “Sustentabilidade do Setor” é o elevado número de operadoras com dificuldades econômico-financeiras e a elevada sinistralidade. Dentre as consequências deste problema, lista: beneficiários do setor em situação de risco elevado e com menos opções de

escolha e comprometimento da continuidade da atenção à saúde; redução do crescimento do setor (redução da oferta de planos individuais); redução do número de operadoras ativas e aumento da concentração; incremento da portabilidade especial e extraordinária e demais intervenções regulatórias; e reduzida eficiência no setor saúde (ANS, 2015a).

O documento evidencia que a ANS compreende a escassez da oferta de planos individuais ou familiares como uma questão importante no debate sobre a sustentabilidade do setor. Sendo assim, na Agenda Regulatória 2016/2018, foi prevista a ação de “Aprimoramento das regras para comercialização dos planos individuais e coletivos”.

Em resposta, em 2017, foi publicada a RN nº 432 que, como visto, tratou da possibilidade de contratação de planos coletivos por empresário individual.

No relatório final da Consulta Pública nº 74, realizada entre 07/03/2019 a 05/04/2019, referente à Agenda Regulatória de 2019/2021, no item “Acesso individualizado a planos privados de assistência à saúde”, foram apresentadas contribuições referentes à necessidade de previsão de revisão técnica nos contratos individuais ou familiares como forma de incentivo à comercialização deste tipo de produto. Na contribuição nº 128 restou declarado que (ANS, 2019e):

A regulação deve incentivar o ingresso de cidadãos na saúde suplementar brasileira, bonificando operadoras que comercializam planos individuais familiares. Em relação aos planos coletivos, a flexibilização dos critérios de legitimidade das contratantes e elegibilidade dos beneficiários é indispensável para que mais brasileiros ingressem no setor. A possibilidade de revisão técnica de planos individuais familiares deficitários, apenas àquelas OPS que vendem esse tipo de contratação, incentivaria o oferecimento de planos PF por mais OPS em todo país.

A oferta dos regimes de contratação de planos de saúde figurou dentre as ações prioritárias da ANS desde o biênio 2011/2012, sendo reconhecida, assim, a importância do tema para a saúde suplementar e a dificuldade de acesso de consumidores a planos individuais ou familiares. Por outro lado, verifica-se que como solução têm sido apresentadas propostas à Agência que passam pela desregulamentação do regime individual ou familiar.

Ao lado da avaliação da construção das agendas regulatórias da ANS, no que concerne à temática dos regimes de contratação, também é importante observar como o Órgão Regulador tratou do tema de 2000 a 2018.

Para melhor desenvolvimento, a estruturação da avaliação se dará pelas categorias de análise definidas na metodologia, quais sejam: características dos tipos de contratação; reajustes; portabilidade e aposentados e demitidos.¹⁸

¹⁸ A categoria de análise referente ao registro de produtos não foi aplicada, já que não houve participação social sobre o tema.

O primeiro eixo de análise é concernente às características dos regimes de contratação, enquanto estruturantes e capazes de influenciar a oferta, na medida em que tratam de regras envolvendo carência, cobertura parcial temporária, agravo e rescisão contratual.

A Consulta Pública nº 30, realizada entre 19/11/2008 e 03/12/2008, tratou da classificação dos planos de saúde, contratação de planos de saúde e criação de administradoras de benefícios e antecedeu a publicação da RN nº195/2009 e da RN nº 196/2009.

Na exposição de motivos da Consulta Pública nº 30, a ANS declarou que, ultrapassados 10 (dez) anos da regulamentação do setor, identificou a necessidade de atualização dos instrumentos normativos relacionados ao mercado de planos coletivos, a fim de conferir maior transparência às relações contratuais, coibir a seleção de riscos e a “falsa coletivização” (ANS,2008c).

Declarou, além disso, que a nova definição de contratos coletivos empresariais e por adesão objetivaram evitar a sobreposição das duas formas de contratação e que os critérios de elegibilidade foram criados a fim de garantir a representatividade das pessoas jurídicas contratantes nas negociações com as operadoras de planos de saúde. Quanto à regulamentação das administradoras de benefícios, a ANS asseverou que se tratava de regular um agente que já atuava no mercado de planos coletivos (ANS, 2008c).

A posição da ANS reforça a necessidade de que haja poder de negociação dos contratantes coletivos, assim como reforça uma posição favorável à atuação de administradoras de benefícios.

Sobre as contratações coletivas, na Exposição de Motivos da 4ª Audiência Pública realizada pela ANS, em outubro de 2016, a respeito da possibilidade de contratação coletiva empresarial por empresário individual, restou consignado que, na conjuntura socioeconômica do país, o empreendedorismo cresceu, como alternativa ao desemprego e, considerando que microempresários poderiam contratar planos coletivos empresariais, tornou-se premente que a Agência se debruçasse sobre a possibilidade de que empresários individuais também pudessem contratar sob este regime. Para a ANS (2016b, p. 4), de acordo com a referida exposição de motivos:

Conclui-se, portanto, que mesmo que estes novos empreendedores não se constituam de sociedades empresárias com natureza jurídica de pessoa jurídica, a lógica regulatória, a fim de proteger os consumidores e trazer segurança jurídica nas relações contratuais, gravita no sentido de que haja a equiparação aos contratos coletivos empresariais com poucas vidas, cuja regulação apresenta medidas protetivas – como o pool de risco – a fim de que sejam resguardados os direitos dos consumidores, além de trazer para a Agência a regulação desses contratos.

No Relatório Final da Audiência Pública foi apresentada contribuição do Núcleo de Defesa do Consumidor da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (NUDECON) no sentido de que a Agência deveria avaliar mecanismos de incentivo à comercialização de planos individuais ou familiares e não ampliar a esfera de contratação de planos coletivos empresariais. Em resposta, a ANS afirmou continuar estudando formas de estimular a comercialização de planos individuais ou familiares, mas que as novas formas de empreendedorismo demandavam tratamento específico (ANS, 2016b).

Na Consulta Pública nº 64, realizada entre 15/08/2017 e 14/09/2017, e que também tratou da possibilidade de contratação de planos coletivos empresariais por empresário individual, a ANS (2017b, p.6), na Exposição de Motivos, afirmou que:

Assim, a obrigação de comprovação do efetivo exercício da atividade econômica organizada e da elegibilidade dos beneficiários, a rescisão programada e justificada do contrato, bem como a aplicação das regras de reajuste previstas na RN nº 309/2012, já destinadas aos demais contratos coletivos com poucas vidas, consubstanciam-se em um arcabouço de garantias que visam a proteger os beneficiários vinculados a esses planos de assistência à saúde, considerando o reduzido poder de negociação dessas pessoas físicas.

Importante destacar o reconhecimento pelo Órgão Regulador de que estes contratantes não têm poder de negociação e que é necessário um arcabouço regulatório protetivo.

No Relatório Final da Consulta Pública nº64, a ANS também reconheceu a prática reiterada de mercado de constituição de empresários individuais em suas várias modalidades com o objetivo exclusivo de contratação de planos coletivos empresariais. Tais práticas configuram a “falsa coletivização”, utilizada como uma forma de contratação precária de planos de saúde coletivos (ANS, 2017d).

Sob a ótica regulatória, a solução para a ausência de vínculo empregatício, associativo, sindical ou classista de empresários individuais foi equipará-los aos microempresários, autorizando a contratação sob regime coletivo empresarial. Verifica-se que a discussão sobre a oferta de contratação de planos individuais ou familiares não foi central, em que pese este regime seja mais protetivo.

A discussão a respeito da oferta de planos também foi travada pelo Ministério da Saúde. Em agosto de 2016, o Ministério realizou reunião sobre a instituição de um grupo de trabalho para discutir o chamado “plano de saúde acessível”. Nesta reunião, conforme ata, o Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde declarou que (Brasil, 2016, p. 2):

(...)o objetivo de compor um grupo de trabalho para discutir o impacto no SUS dos desempregados que perderam o acesso a saúde suplementar. O que pode ser feito por essas pessoas que se encontram desempregadas e tem dificuldades de contratar um plano individual devido ao valor a ser pago, conseguir ter o acesso a Saúde Suplementar. O Intuito desse Grupo de Trabalho será para construir a possibilidade para essas pessoas que gostaria de ter esse acesso e não conseguem, discutir a melhor

forma e como funcionará, Construção de Acessibilidade a quem tem interesse a ter esse acesso.

Dentre os objetivos das propostas apresentadas estava ofertar planos mais acessíveis, com atendimento direcionado para as necessidades dos cidadãos brasileiros, diante do quadro de perda de beneficiários da saúde suplementar em virtude da conjuntura do mercado de trabalho. Uma das propostas formuladas foi a de recomposição de preços com base em planilhas de custo nas contratações individuais ou familiares, ou seja, revogar a previsão de um teto máximo de reajuste estabelecido pela ANS.

Assim sendo, no âmbito dos debates sobre os chamados “planos acessíveis”, as propostas giraram em torno da desregulamentação do reajuste anual dos planos individuais ou familiares, subsegmentação e regionalização de planos, remetendo ao cenário anterior à edição da Lei nº 9.656/1998.

Bahia et al (2016) destacaram que a proposta de “planos acessíveis”: “Apresenta-se, como suposta solução única para a crise, a expansão do mercado de planos e seguros privados, mediante a comercialização de contratos com diminuição de coberturas assistenciais ou de esquemas de copagamentos inibidores do uso dos serviços.”

Assim, a análise destes documentos permite concluir que a ANS considerou a regulamentação dos regimes de contratação como uma questão prioritária à regulação, mas embora tenha identificado problemas como a baixa oferta de planos individuais ou familiares e o baixo poder de negociação em contratos coletivos, propôs medidas regulatórias que acabaram por reforçar essa trajetória, como, por exemplo, a edição da RN nº 195 e da RN nº196.

O segundo eixo temático é relativo aos reajustes, uma vez que se trata de matéria central para a avaliação da oferta dos tipos de contratação, na medida em que apenas nos planos individuais ou familiares o reajuste anual deve ser autorizado e limitado ao teto da ANS, o que afeta o interesse do mercado de planos de saúde em ofertar este tipo de plano.

Em 2010, foi realizada a Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste, composta por quatro reuniões. A Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste teve por objetivo discutir a regulamentação dos reajustes dos planos individuais pós-regulamentados com vistas à construção de um novo modelo para o setor. De acordo com o Regimento Interno da Câmara, esta foi composta por membros com experiência profissional e notório saber nos assuntos específicos debatidos.

Na primeira reunião desta Câmara, restou assetado em ata que uma das preocupações ao tratar de um novo modelo de reajuste era a necessidade do crescimento do *market-share* dos planos individuais, considerando o envelhecimento populacional. Já na segunda reunião, foi

destacada, pela ANS, a necessidade de que a oferta do setor suplementar de saúde fosse repensada, já que é um mercado de diluição de risco, em que carteiras maiores têm maior probabilidade de obter ganhos de eficiência administrativa e custos diretos (ANS, 2010a).

Em fevereiro de 2011, foi constituído o Grupo Técnico do Novo Modelo de Reajuste, no qual foram discutidas alternativas metodológicas para o cálculo do reajuste anual dos planos individuais ou familiares.¹⁹

Na terceira reunião do Grupo Técnico, foi informado pela ANS que, de acordo com os dados da PNAD/2008, o rendimento dos beneficiários vinculados a planos individuais é 1,4 vezes maior que o rendimento dos beneficiários de planos coletivos. A ANS também apresentou dados no sentido de que o comprometimento da renda variou entre 7,7% e 25% da primeira para última faixa etária (ANS, 2011c).

Os dados apresentados pela ANS demonstram que os beneficiários de planos individuais ou familiares apresentam maior renda, o que pode ser correlacionado com o fato de que arcam integralmente com os custos dos planos de saúde adquiridos, e que o comprometimento da renda com o custeio de planos de saúde é maior para os idosos.

Também em 2011 foi realizada a Câmara Técnica do *pool* de risco, para tratar dos reajustes anuais aplicáveis a contratos coletivos com poucos beneficiários. Na primeira reunião, a ANS (2011b, p. 1), nos termos da ata, esclareceu que o objetivo da Câmara é “equilibrar a regulação entre planos coletivos e individuais, através do *pool* de risco, uma vez que hoje ela é mais incidente sobre os planos individuais.”

Na primeira reunião também foi informado que os contratos com menos de 30 (trinta) vidas tiveram um reajuste muito maior em relação aos contratos com mais de 30 (trinta) vidas e que nos contratos entre 30 (trinta) e 2.000 (duas mil) vidas não existe estabilidade do percentual de reajuste aplicado, a despeito da mobilidade garantida em virtude das regras que excluem a incidência de carências. Foi acrescentado que os contratos com até 30 (trinta) beneficiários são mais vulneráveis, pois o reajuste não é estável e não existe mobilidade, já que não é afastada a imputação de carência (ANS, 2011b).

Na ata da primeira reunião, restou consignado que a Gerente-Geral Econômico-Financeiro e Atuarial de Produtos da ANS se manifestou no seguinte sentido: “o cálculo do reajuste poderá mexer com a precificação dos contratos coletivos, motivando os consumidores a migrarem para planos individuais” (ANS, 2011b, p.7).

¹⁹ Não foi localizado regimento interno e portaria de criação do grupo no *site* da ANS.

Na apresentação realizada pela Gerência-Geral Econômico-Financeira e Atuarial dos Produtos da ANS, em 18 de abril de 2012, primeira reunião da Câmara, foram elencadas, no terceiro *slide*, as causas que levaram à discussão do assunto, quais sejam: a aplicação de carência em contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários; a variabilidade dos percentuais aplicados; a aplicação de percentuais elevados de reajuste; práticas de seleção de riscos; e dados que demonstravam que 85,29% dos contratos coletivos tem até 30 (trinta) beneficiários e 48% dos contratos tem até 5 (cinco) beneficiários (ANS,2012a).

Também foram apresentados pela Gerência-Geral Econômico-Financeira e Atuarial dos Produtos da ANS, em apresentação de novembro de 2011, no *slide* 4, os motivos pelos quais os planos individuais ou familiares não são mais comercializados sob o olhar das operadoras, quais sejam: baixa governabilidade sobre a margem de lucro; controle do reajuste pela ANS; e impossibilidade de rescisão unilateral (ANS, 2011a).

Na segunda reunião é válido destacar a posição do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), na Carta Idec nº 27/2012, de que a comercialização de planos coletivos a partir de 3 (três) beneficiários representa uma “falsa coletivização”, pois os consumidores são incentivados a ingressar em associações, sindicatos ou utilizar o Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) para firmar contratos coletivos, por serem planos, a princípio, mais baratos, embora possam ser livremente reajustados e rescindidos (ANS, 2012c).

Conforme ata da terceira reunião, realizada em 18 de abril de 2012, o Diretor Presidente da ANS reiterou que contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários se comportam de forma semelhante aos contratos individuais ou familiares, de maneira que é importante haver uma comparabilidade entre produtos individuais ou familiares e coletivos, a fim de identificar comportamentos (ANS, 2012d, p.11).

Na quarta e última reunião, realizada em 13 de junho de 2012, o Diretor Presidente da ANS sublinhou que o objetivo do *pool* de risco seria maximizar o efeito do mutualismo para carteiras compostas por contratos coletivos com poucos beneficiários, reconhecendo, além disso, que o beneficiário de contratos coletivos está menos protegido, sendo necessário que a regulação interfira em comportamentos que promovem a seleção de riscos (linhas 249-251 da ata de reunião) (ANS, 2012b).

A Consulta Pública nº 48, realizada entre 01/08/2012 e 30/08/2012, versou sobre o reajuste dos contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários – *pool* de risco. Insta salientar que a Consulta Pública em referência ocorreu enquanto medida de incentivo à comercialização de planos individuais, prevista na Agenda Regulatória de 2011/2012, no eixo de incentivo à concorrência.

Inicialmente, na exposição de motivos da consulta, foi consignado que a ANS tem atribuição para autorizar, homologar ou monitorar reajustes de qualquer plano de saúde, podendo modificar o modelo em vigor de forma a acompanhar a dinâmica de mercado (ANS,2012e).

Resta claro que o modelo de reajustes anuais, que prevê um percentual máximo definido pela Agência aplicável apenas aos planos individuais ou familiares, pode ser alterado, não havendo, portanto, que se falar em óbice legal a uma maior regulamentação dos reajustes de planos coletivos, por exemplo.

Cabe sublinhar, ademais, que a ANS (2012e, p.4), na exposição de motivos da Consulta Pública nº48, no item de descrição do problema, deixou claro que a natureza de contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários é semelhante à de contratos individuais ou familiares, vejamos:

Observa-se que os contratos coletivos com menos de 30 beneficiários, devido à pouca quantidade de beneficiários presentes no contrato, têm em sua essência características semelhantes aos planos individuais, no que se refere à diluição de risco, além de possuírem a exigência do cumprimento de carências, no caso dos planos empresariais. Apesar desses contratos coletivos possuírem natureza atuarial similar aos planos individuais, eles estão sujeitos à rescisão unilateral da operadora e possuem reajustes livremente estabelecidos.

Na exposição de motivos supramencionada, a ANS (2012e, p. 4) também descreveu como as regras de reajustes anuais dos contratos coletivos interferem nas formas de contratação de planos e na seleção de riscos:

Como os contratos de planos coletivos têm o reajuste estabelecido através da livre negociação e a possibilidade de serem rescindidos pelas operadoras sem restrição, estes podem ser comercializados com preços mais baixos do que os planos individuais e, por conseguinte, tornam-se mais atraentes ao consumidor.

No entanto, por conta desses baixos preços, a receita auferida pelos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários, aliada à volatilidade dos gastos assistenciais, pode não ser suficiente para cobrir as suas respectivas despesas, acarretando na aplicação de reajustes elevados por parte da operadora para manter esses contratos financeiramente equilibrados.

Por este motivo, por vezes, tais contratos podem criar uma falsa percepção de que são mais vantajosos no momento da sua contratação.

Nesse cenário vislumbra-se um prejuízo aos beneficiários vinculados aos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários na época do reajustamento do contrato, dado o baixo poder de negociação para a redução do percentual de reajuste e a necessidade de cumprir novos períodos de carência caso decidam mudar de operadora.

Na Nota nº 1947/2012/GGEFP/DIPRO/ANS, que analisou as contribuições recebidas na Consulta Pública nº 48, a ANS enfrentou a discussão quanto ao estabelecimento de um teto máximo de reajuste anual a ser aplicado também aos contratos coletivos, posicionando-se no sentido de que o agrupamento de contratos no *pool* de risco traria maior equilíbrio econômico-financeiro e atuarial aos contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários, sem a necessidade de imposição de um percentual máximo, mantendo, assim, a liberdade de

estabelecimento da metodologia de apuração do reajuste anual, segundo o Órgão, “inerente aos contratos coletivos” (ANS, 2012f).

Ou seja, nas discussões travadas entre 2010 e 2012, a ANS, ciente do baixo poder de negociação dos contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários e do impacto das regras de reajustes sobre a oferta de tipos de plano, propôs a criação do *pool* de risco, o que foi realizado por meio da RN nº 309.

Insta salientar que a ANS, à época, asseverou que a livre negociação dos índices de reajustes em contratos coletivos é inerente a estes regimes contratuais, reforçando uma trajetória que vem desde o estabelecimento do marco regulatório setorial, de regulação menos intensa deste tipo de contrato.

Em dezembro de 2017 e fevereiro de 2018, foram realizadas reuniões sobre a política de reajustes no âmbito do Comitê de Estrutura da Regulação dos Produtos.

O Comitê de Estrutura da Regulação dos Produtos tem dentre seus objetivos estabelecer a manutenção de um diálogo permanente com os agentes da saúde suplementar e a sociedade, sobre questões da regulação da estrutura dos produtos, é o que dispõe o artigo 2º, do Regimento Interno do Comitê. É composto pelos membros da Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS e representantes da ANS.²⁰

Nas reuniões realizadas no âmbito do Comitê, a ANS apontou alguns problemas que devem ser enfrentados pela regulação: informação imprecisa e desatualizada sobre preços; queda da “*poolização*” e do mutualismo; reajuste individual – crítica à metodologia; falsa coletivização; seleção de risco; e expurgo de idosos e de contratos não desejáveis.

Em julho de 2018, foi realizada a 10ª Audiência Pública, pela ANS, para a discussão da política de preços e reajustes da ANS. De acordo com o Relatório de Análise de Impacto Regulatório (AIR) apresentado na ocasião pela Gerência-Geral Regulatória da Estrutura dos Produtos, o objetivo seria a discussão quanto às regras de precificação dos planos de saúde;

²⁰ A Câmara de Saúde Suplementar é composta: pelo Diretor-Presidente da ANS; por um diretor da ANS, na qualidade de Secretário; por um representante dos Ministérios da Fazenda, da Previdência e Assistência Social, do Trabalho e Emprego, da Justiça e da Saúde; por um representante do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, do Conselho Federal de Medicina, do Conselho Federal de Odontologia, do Conselho Federal de Enfermagem; Federação Brasileira de Hospitais; Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços; Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas; Confederação Nacional da Indústria; Confederação Nacional do Comércio; Central Única dos Trabalhadores; Força Sindical; Social Democracia Sindical; Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização; Associação Médica Brasileira; por um representante do segmento de autogestão de assistência à saúde, das empresas de medicina de grupo, das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar, das empresas de odontologia de grupo, das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar; por dois representantes de entidades de defesa do consumidor, de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde e das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.

regras de reajustes para planos individuais; revisão técnica de preços dos planos individuais; e regras de reajustes para planos coletivos. Na Análise de Impacto Regulatório a ANS (2018b, p.3), ao avaliar a RN nº 309, afirmou que:

Por sua vez, a edição da RN 309/12 que estabeleceu o agrupamento de planos coletivos para fins de reajuste, também objetivava o incentivo à comercialização de planos individuais, através do equilíbrio entre as regras de reajustes e seus efeitos na precificação dos planos coletivos. Contudo, verifica-se que esse equilíbrio ainda não foi alcançado, havendo a necessidade de revisão das Regras de Reajustes para Planos Coletivos e na precificação dos produtos.

Logo, observa-se que, por volta de 5 (cinco) anos após a vigência da RN nº 309/2012, a Agência constatou que os efeitos esperados de incentivo à comercialização de planos individuais ou familiares não foram verificados.

A respeito do impacto da regulamentação dos reajustes anuais sobre a oferta de planos, no Relatório apresentado na 10ª Audiência Pública, a Gerência-Geral Regulatória da Estrutura dos Produtos da ANS destacou, no item III, que se os reajustes permitidos pelo Órgão para os planos individuais ou familiares forem inferiores às variações dos custos médico-hospitalares, pode haver um desincentivo à oferta destes produtos e se forem superiores aos custos, as operadoras podem usar o poder de mercado para aumentar a lucratividade em detrimento dos consumidores (ANS, 2018d, p.8-9).

A Gerência-Geral Regulatória da Estrutura dos Produtos da ANS, neste documento, também expôs o impacto dos reajustes na oferta de planos individuais ou familiares ao relatar que o aprimoramento da metodologia de cálculo de reajuste anual dos planos individuais ou familiares poderia impactar negativamente as administradoras de benefícios, pois ao promover o aumento da oferta de planos individuais ou familiares poderia reduzir a demanda por planos coletivos por adesão, área de maior atuação das administradoras (ANS, 2018d, p.10).

Nesse ponto, observa-se como a regulamentação das administradoras de benefícios tornou-se um entrave à adoção de medidas que afetem esse grupo de operadoras, as quais são detentoras de grande poder de mercado e, conseqüentemente, de poder de veto em relação à regulamentação setorial.

Importante registrar que no supracitado documento, a ANS reconhece a importância da regulação a fim de evitar práticas de mercado que imponham condições desvantajosas aos consumidores, vejamos (ANS, 2018d, p.11):

O setor de planos de saúde não é perfeitamente competitivo porque há agentes com poder de mercado, os produtos não são homogêneos e há assimetria de informação. Há, ainda, custo para a troca de um produto adquirido. Se um consumidor contrata um plano individual deve cumprir período de carência e, a depender do caso, cobertura parcial temporária, antes de ter acesso a todos os serviços cobertos. É pouco provável, ademais, que encontre produto com rede similar ao de seu produto atual. Ter de encontrar prestadores de serviços que façam parte da

rede assistencial do novo plano pode representar um custo considerável. Assim, a possibilidade de exercício de poder de mercado após a contratação de um plano é maior do que antes da contratação. A regulação da ANS visa limitar a possibilidade de exercício de poder de mercado pela operadora após a contratação de um plano de saúde.

Visa, também, impossibilitar que operadoras selecionem e expulsem beneficiários que não considerem lucrativo. Há que se lembrar de que, no momento da contratação, a única discriminação possível é por faixa etária e que mesmo esta é regulada pela RN 63/2003, que determina não poder ser o valor da última faixa etária superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária e não poder a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas etárias ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas. Não sendo possível a discriminação de risco na contratação de plano de saúde, as operadoras poderiam utilizar o reajuste para expulsar beneficiários que julgassem não gerar lucro. A limitação do reajuste impede essa prática.

Na Nota Técnica nº 2013/2017/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, a ANS (2017c) fez uma análise do mercado de planos de saúde, alertando para o fato de que os estudos realizados indicam uma redução na oferta de planos individuais ou familiares, um aumento no número de contratos coletivos com até 5 (cinco) beneficiários, bem como um aumento no número de contratos com até 30 (trinta) beneficiários, passando de 12,1%, em 2011, para 17,2% em 2017.

A Nota também indica uma redução dos agrupamentos de contratos com até 30 (trinta) beneficiários, com um conseqüente aumento dos reajustes médios e que, no caso dos planos coletivos por adesão, foram verificados reajustes maiores em contratos com maior número de vidas, o que demonstraria que a RN nº309 não seria eficaz para este regime de contratação. Também foi destacado que a maior concentração de beneficiários e de reajustes nos planos coletivos por adesão ocorre em contratos com mais de 10.000 (dez mil) beneficiários, segundo a Agência “contrariando a ideia de que as pessoas jurídicas contratantes possuem maior poder de barganha em contratos com grande número de vidas.” (ANS, 2017c, p.4).

Em que pese a ANS tenha explicitado inicialmente a intenção de discutir toda a política de preços e reajustes, englobando não apenas os planos individuais ou familiares, como também os coletivos, as discussões acabaram restritas à metodologia dos reajustes anuais dos planos individuais ou familiares.

Em novembro de 2018 foi realizada nova Audiência Pública sobre a política de preços e reajustes. No Relatório de Análise de Impacto Regulatório complementar, de outubro de 2018, a Agência salientou que a nova metodologia de cálculo dos reajustes anuais dos planos individuais ou familiares traria mais previsibilidade ao mercado, incentivando a comercialização deste regime de contratação (ANS, 2018c, p. 7).

As posições evidenciadas demonstram que a ANS tem ponderado o problema da escassez de oferta de planos individuais ou familiares ao debater o modelo regulatório sobre

reajustes, porém, vinculada a uma trajetória de regulamentação menos intensa dos planos coletivos. Demonstram, ademais, o reconhecimento de que algumas medidas adotadas no período, como o *pool* de riscos, não produziram os efeitos esperados.

As operadoras, a seu turno, pressionam pela desregulamentação dos reajustes aplicados aos planos individuais ou familiares, pela revisão da metodologia de cálculo e pela regulamentação das revisões técnicas para este regime de contratação. Os órgãos de defesa do consumidor, por sua vez, questionam a livre negociação de reajustes em contratos coletivos, que resulta em percentuais elevados.

O terceiro eixo temático de análise é sobre a portabilidade de carências, que se relaciona com a concorrência setorial.

Na exposição de motivos da Consulta Pública nº 29, realizada entre 22/09/2008 e 17/10/2008, a Agência ponderou que a proposta de portabilidade de carências reunia um conjunto de diretrizes que objetivavam a redução dos custos de transação relativos ao cumprimento de períodos de carência para os beneficiários de planos de saúde individuais ou familiares, estimulando a concorrência do setor (ANS, 2008b).

Quando criada, por meio da RN nº186/09, a portabilidade de carências poderia ser exercida apenas por beneficiários de planos individuais ou familiares, ou seja, o instrumento seria apto a estimular apenas a concorrência neste tipo de contratação.

Em junho de 2010, foi instituída uma Câmara Técnica para a discussão da ampliação da portabilidade de carências. Na ata da 3ª Reunião, o Coordenador da Câmara Técnica de Portabilidade de Carências, representante da ANS, frisou que as operadoras que não têm produtos ativos não são obrigadas a receber beneficiários. Além disso, salientou que a ampliação da portabilidade para beneficiários de planos coletivos por adesão permitiria, por exemplo, que o consumidor que aderisse a um plano coletivo, em razão de uma mensalidade menor, e fosse, posteriormente, surpreendido com um reajuste elevado, pudesse migrar para um produto individual ou familiar (ANS, 2010b, p. 12).

Interessante notar que, de fato, tal previsão estimularia a concorrência, porém, a baixa oferta de planos individuais ou familiares dificulta o exercício da portabilidade.

Em 2010 foi realizada nova Consulta Pública, de nº 34, sobre a portabilidade, com o objetivo de ampliar o instrumento, conferindo novos estímulos à concorrência no setor. No relatório conclusivo da Consulta Pública nº 34, a Agência informou que, entre abril de 2009 e abril de 2010, foram realizadas apenas 1.290 (um mil, duzentas e noventa) portabilidades, ainda que o Guia de Planos para o exercício da portabilidade tenha sido acessado 260.636 (duzentos e sessenta mil, seiscentas e trinta e seis) vezes (ANS, 2010e).

No relatório conclusivo da Consulta Pública nº 34, ao enumerar as contribuições mais frequentes formuladas pela sociedade, salientou que foi sugerido que os beneficiários de planos coletivos empresariais fossem incluídos e, em resposta, a ANS informou que (ANS, 2010e, p.4)²¹:

Em relação ao pedido de que seja admitida a portabilidade de planos coletivos empresariais para individuais ou familiares e vice-versa, tal ampliação depende de se estabelecer a exigência do envio da Nota Técnica de Registro de Produto para planos coletivos empresariais, implementando-se as alterações pertinentes.

À época, portanto, o Órgão considerou inviável a inclusão de beneficiários de planos coletivos empresariais na portabilidade, contudo, as discussões travadas na Consulta Pública nº34 resultaram na edição de instrumento normativo que incluiu os beneficiários de planos coletivos por adesão.

A inclusão de beneficiários de planos coletivos por adesão tinha o condão de estimular a concorrência no setor, mas, considerando que este tipo de plano funciona como substitutivo dos planos individuais ou familiares, tal medida não seria apta a estimular a concorrência dos planos individuais ou familiares.

Entre 10/08/2017 e 11/09/2017 foi realizada nova consulta pública sobre a portabilidade de carências, de nº 63. Nesta consulta pública a ANS inseriu dentre os temas de ampliação da portabilidade, além de regras operacionais e de compatibilidade entre planos, a ampliação da portabilidade para beneficiários de planos coletivos empresariais.

No Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos foram realizadas três reuniões tratando da portabilidade: em março, maio e julho de 2017. Nas reuniões do Comitê, a ANS reforçou a necessidade de ampliação da portabilidade para beneficiários de planos coletivos empresariais, tendo em vista a representatividade destes no mercado (ANS, 2017a).

No que se refere às discussões sobre a portabilidade de carências, vale destacar que não foram identificados debates quanto à dificuldade para o exercício do instrumento em razão da escassez de planos compatíveis, em especial individuais ou familiares. Ou seja, discussões que trataram da concorrência no setor não se aprofundaram na oferta de produtos, que é uma condição para o exercício da portabilidade.

O quarto eixo de análise é referente ao exercício do direito de permanência de aposentados e demitidos em planos coletivos empresariais.

²¹ No relatório conclusivo da Consulta Pública nº 34 consta que foram formuladas 27 (vinte e sete) sugestões de ampliação da portabilidade, sob o tema “portabilidade irrestrita”, não sendo identificados os autores destas sugestões.

Em 2010 foi realizada uma Câmara Técnica da regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, ou seja, para tratar do direito de permanência de aposentados e demitidos nos planos coletivos empresariais. De acordo com a ata, na terceira reunião da Câmara Técnica é possível verificar que o Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS manifestou-se no sentido de que a permanência em plano coletivo empresarial era mais vantajosa para os beneficiários aposentados e demitidos do que a contratação de planos individuais ou familiares, de forma que deveria ser avaliado como garantir a sustentabilidade destes contratos (ANS, 2010d, p.18):

Alfredo Cardoso (ANS) arguiu que a Agência não tem credencial e competência para determinar obrigações para entidades contratantes e que pelo que ele entende, a lei estabelece um direito para que demitidos e aposentados tenham o direito de permanecer num pool de risco que lhes dá o benefício de um custo menor do que um plano individual e é isso que está sendo discutido, portanto, a forma como financiar é outra coisa, porque haverá empregadores que subsidiarão, outros serão forçados a subsidiar e outros mais não subsidiarão. Acrescentou que o objetivo é criar alguma coisa que possibilite a esse grupo de aposentados e demitidos terem sustentabilidade, viabilidade econômica desse produto em relação à outra opção que tem no mercado, que é o produto individual.

A posição da Agência foi, portanto, de privilegiar a contratação de planos coletivos, em detrimento das contratações individuais ou familiares. Na quarta reunião da Câmara Técnica, restou consignado em ata que o Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS arguiu que (ANS, 2010c, p3):

Alfredo Cardoso (ANS) continuou colocando que a lei não estabelece que a contratação é obrigação da empresa, mas estabelece que o contribuinte tem direito a permanecer no contrato com acesso ao plano coletivo, mas o arranjo disso não está especificado na lei e precisa ser regulamentado. Perguntou se há algum questionamento sobre o tema e disse que outra questão é sobre como o mercado se comporta hoje, podendo se dizer que plano coletivo hoje talvez seja o segmento no qual as empresas se esforcem mais na concorrência, na competitividade, já que o plano coletivo é o mais concorrencial; em segundo lugar, poderia se dizer, sob a questão da variação de custo, que o plano coletivo, em média, é menor que o PME, menor que o coletivo por adesão, é menor que o plano individual em relação à sinistralidade, variação de custo médico. Analisou que até por uma questão de seleção adversa, de população laborativa, o plano coletivo tem uma sinistralidade menor do que o PME, que já tem uma seleção de risco maior, são carteiras menores; o coletivo por adesão varia para uma coisa mais próxima do individual do que o coletivo, porque se comporta como um individual disfarçado.

Entre 19/04/2011 e 02/06/2011 foi realizada a Consulta Pública nº 41, que tratou da regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998. Na consulta foi debatido o artigo que determinaria que as operadoras de planos de saúde que ofertam planos coletivos empresariais para empresas que concedem esse benefício a seus empregados, ou ex-empregados, deveriam disponibilizar planos saúde individuais ou familiares ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento desse benefício, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

A respeito de considerações sobre o supracitado dispositivo, a ANS, no Relatório pós Consulta Pública nº 41 – Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, asseverou que esta previsão só se aplicaria àquelas operadoras que comercializam planos individuais ou familiares (ANS, 2011d).

Assim, o que se verifica é que o direito de permanência pode ser obstado por decisão da própria operadora ao não disponibilizar planos individuais ou familiares.

Ao longo da análise dos documentos disponibilizados nos mecanismos de participação social, é possível concluir que a ANS reconhece problemas setoriais como: a escassez de oferta de planos individuais ou familiares; a “falsa coletivização”; o baixo poder de negociação dos contratos coletivos com poucos beneficiários e dos contratos coletivos por adesão; e a seleção de riscos.

Contudo, as medidas regulatórias adotadas pela ANS não convergiram para a solução destes problemas e, em alguns casos, foram de encontro ao diagnóstico situacional realizado, como no caso da edição da RN nº 432/2017, que permitiu a contratação coletiva com até 2 (dois) titulares, a despeito do reconhecimento da vulnerabilidade deste tipo de contrato.

Portanto, é possível identificar no período analisado uma divergência entre o discurso da ANS e as medidas adotadas. Pois em que pese todo o discurso seja permeado pelas preocupações com os problemas setoriais identificados, a prática demonstrou a adoção de medidas incapazes de fazer frente a estes problemas, resultando em um cenário de redução da participação dos planos individuais ou familiares e ampliação das contratações coletivas com poucas vidas e baixo poder de negociação.

5.2 O impacto da regulamentação na oferta dos regimes de contratação

Nesta seção serão analisadas as relações entre as trajetórias dos tipos de contratação de planos e a regulamentação setorial do período, sendo apresentadas as linhas do tempo com as correlações apuradas.

Também serão apresentadas as avaliações quanto a causas, efeitos e possibilidades futuras para a escassez de oferta de planos individuais ou familiares e predominância de planos coletivos.

5.2.1 A relação entre a regulamentação de saúde suplementar e a oferta de planos de saúde

Ao analisar os dados extraídos do Sistema de Registro de Produtos da ANS (RPS) foram percebidos alguns pontos de aumentos expressivos no número de registros, suspensões e cancelamentos de planos de saúde.

Importante salientar que não foi estabelecida uma relação de causalidade entre a edição de instrumentos normativas e o comportamento do mercado de planos de saúde, já que este comportamento é influenciado por inúmeros fatores. O objetivo foi evidenciar as coincidências entre as alterações normativas e ações do mercado, de modo que fosse possível inferir uma relação. Destaque-se, ademais, que variáveis contextuais, bem como os lobbies empresariais, incidem fortemente sobre as decisões tomadas no setor.

Em relação aos registros, observa-se um ápice de registros de produtos em 1999, que pode ser relacionado com a entrada em vigor da Lei nº 9.656/1998, quando passou a ser obrigatório o registro dos planos de saúde a serem comercializados.²²

Interessante notar que, em 1999, a maior parte dos produtos foi registrado sob o regime individual ou familiar, chegando a 37,08% do total.

Superada a fase inicial de registro de produtos, após a entrada em vigor da Lei dos Planos de Saúde, o comportamento de mercado mudou e o número de registros de planos coletivos empresariais passou a superar o número de registros de planos individuais ou familiares.

A partir de 2000, apenas em 2001, o número de registros de planos individuais ou familiares foi superior ao número de registros de planos coletivos empresariais, em que pese por uma diferença de apenas 10 (dez) produtos.

Esta tendência pode ser correlacionada a uma mudança de comportamento do mercado em razão do advento do marco regulatório da saúde suplementar, que editou regras sobre os regimes contratuais, estabelecendo um arcabouço mais protetivo para os beneficiários de planos individuais ou familiares.

Destaque-se que, em junho de 2000, foi publicada a RDC nº 29, que regulamentou a aplicação de reajustes, impondo a necessidade de autorização prévia e teto para a aplicação de reajustes anuais nos contratos individuais ou familiares.

Já no ano de 2005, foi verificada uma queda no registro de produtos em todos os tipos de contratação. Este comportamento pode ser ligado ao fato de que, em dezembro de 2004, foi publicada a RN nº 85, que trouxe novas regras para o registro de produtos.

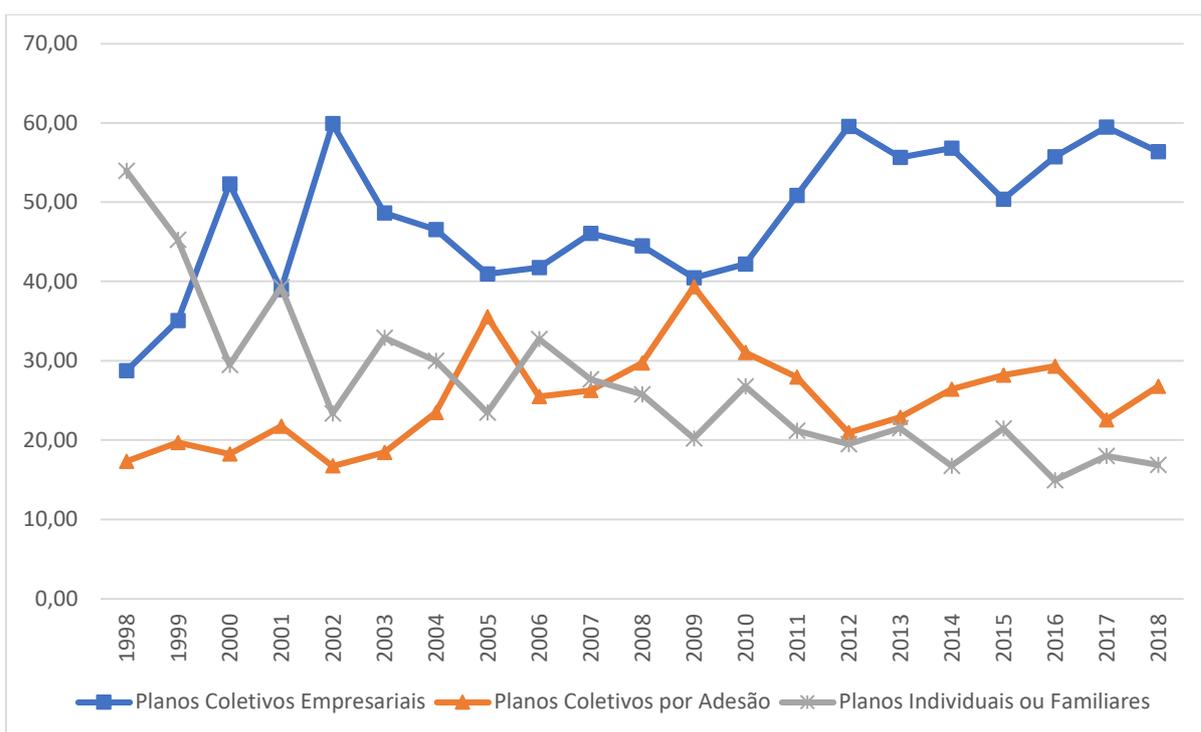
²² Os dados completos estão disponíveis no Apêndice F.

Observou-se, em 2009, um aumento percentual nos registros de planos coletivos por adesão. Neste ano, o número de registros neste tipo de contratação chegou a 39,35% do total. O aumento percentual dos registros de planos coletivos por adesão foi acompanhado pela queda nos registros de planos individuais ou familiares.

O aumento no número de registros de planos coletivos por adesão, em 2009, tem ligação com a edição das RNs nº195, que alterou o conceito dos regimes de contratação, dando novos contornos a este regime contratual, e com a edição da RN nº196, que regulamentou as administradoras de benefícios, que já atuavam na comercialização deste tipo de contrato.

A partir de 2010, nota-se um distanciamento percentual entre o número de registros de planos coletivos empresariais em comparação com os demais regimes, demonstrando uma tendência de crescimento percentual da oferta de planos coletivos empresariais:

Gráfico 22 – Evolução percentual no registro de planos por regime de contratação (Brasil – 1998 a 2018)



Fonte: Elaboração Própria com base nos Dados Abertos da Saúde Suplementar – Características dos Produtos, extraídos em 25/11/2019.

Percentualmente, evidencia-se que a participação dos planos coletivos empresariais nos registros de produtos cresceu, apresentando ápices em 2012 e 2017. No período foi publicada a RN nº 309, em 2012, que regulamentou o *pool* de riscos, e a RN nº 432, em 2017, que regulamentou a contratação de planos coletivos por empresários individuais.

Desse modo, verifica-se que a RN nº 309/2012 não surtiu o efeito de ampliar a oferta de planos individuais ou familiares e que, no período após a edição deste instrumento normativo, o percentual de registro de planos coletivos empresariais cresceu.

A RN nº 432/2017, a seu turno, tem por efeito o estímulo à contratação de planos coletivos empresariais, em detrimento dos planos individuais ou familiares, ampliando a contratação de planos coletivos com poucas vidas e baixo poder de negociação, especialmente considerando as particularidades atuais do mercado de trabalho brasileiro, marcado pelo aumento da informalidade.

Embora a análise de registro de produtos seja uma *proxy* do comportamento de mercado a respeito dos produtos que deseja disponibilizar aos consumidores, também é importante analisar o comportamento em relação a suspensões e cancelamentos de produtos, que indica, por sua vez, o que o mercado deixou de comercializar.

Em relação às suspensões e cancelamentos de produtos, os anos de 2000, 2006, 2009, 2013, 2015 e 2016 apresentaram o maior número de produtos nestas situações. Interessante observar que, a partir de 2014, o número de suspensões de comercialização superou o número de cancelamentos.²³

As suspensões e cancelamentos verificados em 2000, assim como no caso dos registros, têm relação com a entrada em vigor do marco regulatório. Assim, em 1999, houve um elevado número de registros, muitos dos quais foram suspensos e cancelados nos anos subsequentes em virtude de erros, como, por exemplo, o registro de produtos sob mais de um tipo de regime de contratação.

Em 2006, o elevado número de suspensões e cancelamentos de produtos também está relacionado à edição de normas estruturantes do setor. Como visto, em dezembro de 2004, foi publicada a RN nº 85 e, em 2005, foi publicada a RN nº 100, as quais trouxeram novas diretrizes não apenas sobre o registro de produtos, como também sobre suspensões de comercialização e cancelamento de registros.

A RN nº 85, no artigo 21, determinou que, em caso de descumprimento das condições de manutenção do registro de produto, a ANS determinaria a suspensão temporária para fins de comercialização ou disponibilização, até que fossem corrigidas as irregularidades. No artigo 23 a norma também determinou que o registro de produto poderia ser cancelado pela ANS, em caráter definitivo, a pedido da operadora e de ofício, pela ANS, quando decorridos 180 (cento

²³ Os dados estão discriminados no Apêndice E.

e oitenta) dias sem beneficiários vinculados ao plano e como etapa precedente ao cancelamento do registro de Operadora.

Vale destacar que, em 2006, apenas 15 (quinze) produtos tiveram a comercialização suspensa e que 17% dos planos cancelados apresentava erros de registro.

A respeito do ano de 2009, como já mencionado, à época, foi editada a RN nº 195 e a RN nº 196. Além disso, foi editada a RN nº 186, que regulamentou a portabilidade de carências na saúde suplementar.

Pode-se relacionar as suspensões de comercialização e cancelamentos do período à edição destes instrumentos normativos, que impulsionaram o registro de produtos coletivos, em detrimento dos planos individuais ou familiares. Importante observar que, em 2009, 90% dos planos com comercialização suspensa eram individuais ou familiares.

Outro ponto que merece atenção é que, em 2011, foi publicada a RN nº 259 que estabeleceu a possibilidade de suspensão de comercialização de planos motivada pelo descumprimento dos prazos máximos de atendimento. O monitoramento quanto ao cumprimento dos prazos máximos de atendimento e que pode levar à suspensão de planos foi, por sua vez, iniciado em 2012 e ampliado em 2013. Dessa forma, em 2012, houve 794 (setecentos e noventa e quatro) produtos suspensos pelo monitoramento e, em 2013, 507 (quinhentos e sete), segundo dados da ANS disponibilizados em 2015.²⁴

A respeito do ano de 2013, saliente-se que em janeiro entrou em vigor a RN nº 304/2012, que determinou o envio de Notas Técnicas de Registro de Produtos (NTRPs) para os planos coletivos empresariais até a data de entrada em vigor da norma, sob pena de suspensão do produto. Dessa forma, dos 1.270 (um mil, duzentos e setenta) planos suspensos, 58% eram coletivos empresariais.

Ademais, cabe destacar que no período em análise também entrou em vigor a RN nº 309, em outubro de 2012, que regulamentou o *pool* de risco, portanto, os cancelamentos e suspensões podem ser relacionados às novas regras estabelecidas para as disposições contratuais sobre a aplicação de reajustes.

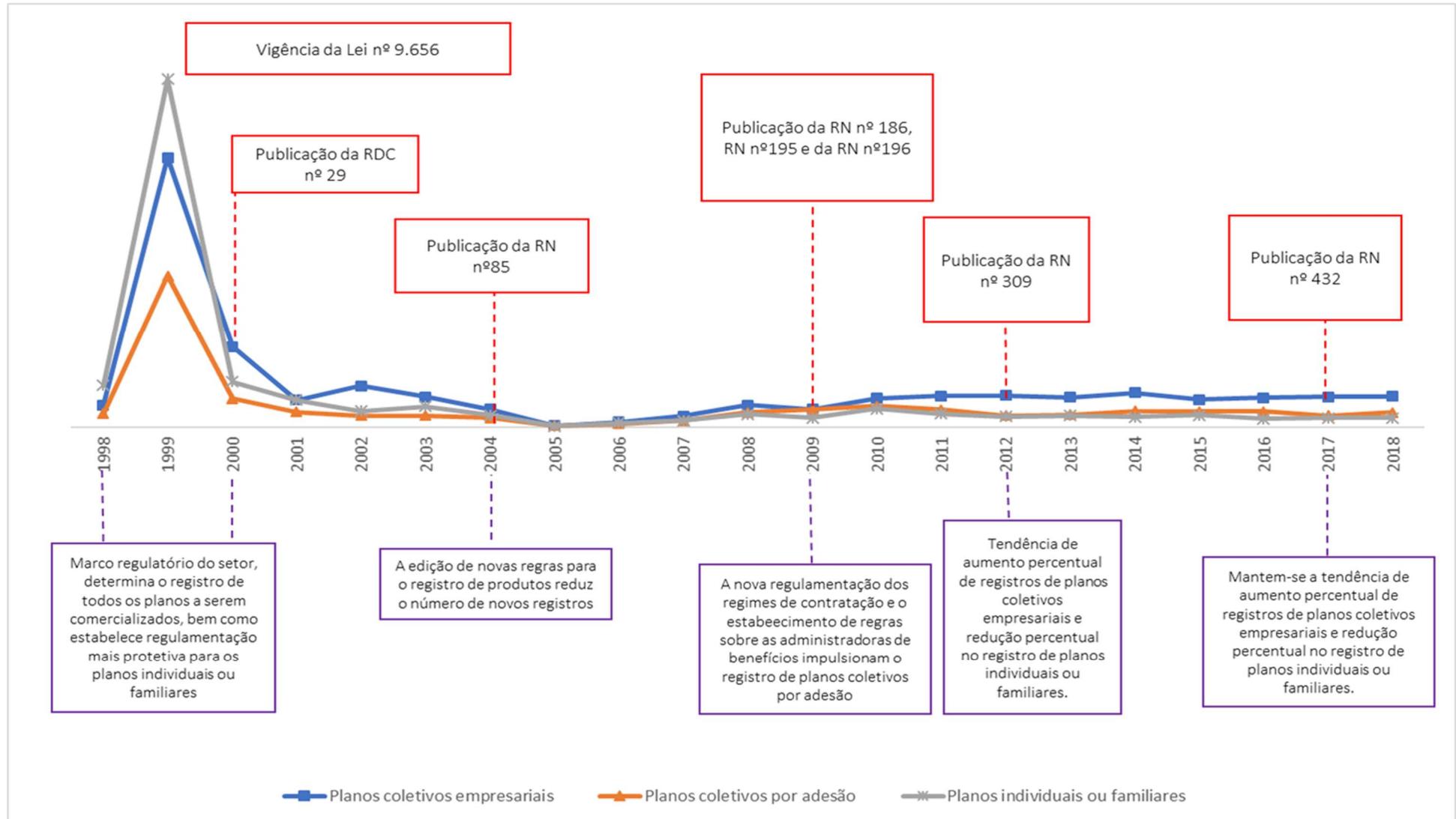
Em relação aos anos de 2015 e 2016 não foi identificada a edição de regulamentação relativa às categorias de análise dos regimes de contratação. Nos anos de 2013 e 2014, contudo, foram editados instrumentos normativos que modificaram regras relacionadas ao registro de produtos, quais sejam, RN nº 324/2013 e RN nº 356/2014.

²⁴ Em que pese o número de planos suspensos seja significativo nos anos mencionados, uma parte destes produtos teve a comercialização reativada. Assim, para melhor avaliação, seriam necessárias as informações sobre motivação da suspensão de planos do RPS, as quais não estão disponíveis.

Nos anos de 2015 e 2016 foram observadas as maiores taxas de redução no número de vínculos de beneficiários desde a regulamentação da saúde suplementar, sendo evidenciadas reduções no número de beneficiários em todos os regimes de contratação. No período também foi constituído um grupo de trabalho, pelo Ministério da Saúde, para tratar da criação dos chamados “Planos Acessíveis”, como uma alternativa à redução no número de beneficiários da saúde suplementar. Nesse período o contexto econômico e sócio-político foram variáveis importantes.

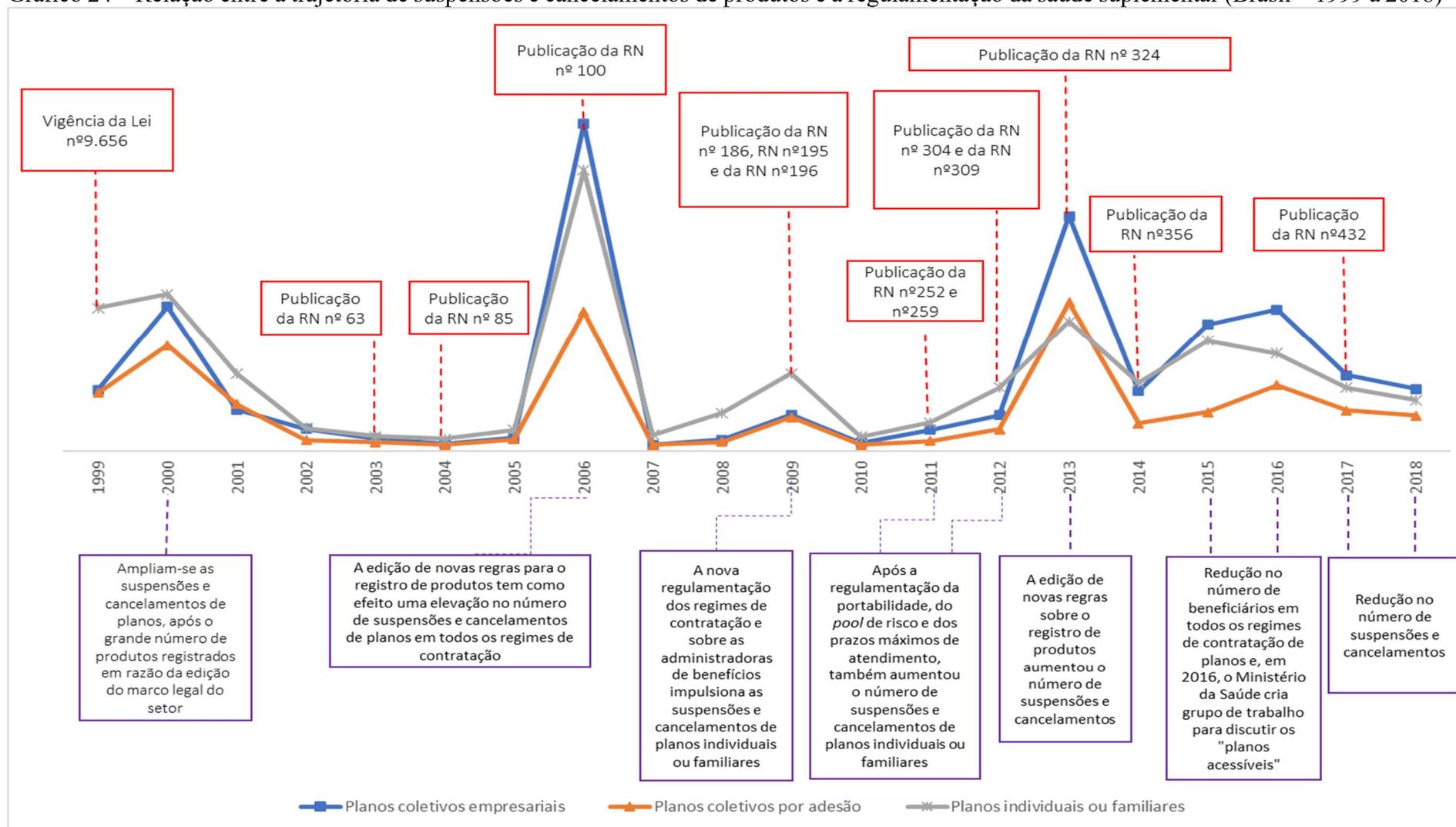
Os movimentos de registro, suspensão de comercialização e cancelamento de produtos foram acompanhados pela edição de instrumentos normativos, sendo possível traçar algumas correlações, vejamos:

Gráfico 23 – Relação entre a trajetória de registros de produtos e a regulamentação da saúde suplementar (Brasil – 1998 a 2018)



Fonte: Elaboração Própria com base nos Dados Abertos da Saúde Suplementar – Características dos Produtos, extraídos em 25/11/2019.

Gráfico 24 – Relação entre a trajetória de suspensões e cancelamentos de produtos e a regulamentação da saúde suplementar (Brasil – 1999 a 2018)



Fonte: Elaboração Própria com base nos Dados Abertos da Saúde Suplementar – Características dos Produtos, extraídos em 25/11/2019.

Ao avaliar a trajetória dos registros, suspensões de comercialização e cancelamentos de produtos e as correlações com a regulamentação setorial, é possível tecer algumas conclusões.

A despeito das ponderações da ANS sobre os problemas enfrentados pelo setor, como a escassez de planos individuais ou familiares, o aumento de contratos coletivos com poucas vidas e baixo poder de negociação, a queda do mutualismo, a “falsa coletivização” e a seleção de riscos, não foram adotadas medidas aptas a reverter esse quadro.

Ademais, restou evidenciada uma trajetória de regulamentação mais intensa dos planos individuais ou familiares, em comparação com os regimes coletivos. Essa trajetória resultou na redução de oferta de planos individuais, com a consequente ampliação da predominância de planos coletivos.

Algumas inovações institucionais, como a edição das RNs nº 195 e nº 196, embora tenham previsto regras mais claras para a comercialização e rescisão de contratos coletivos, não romperam com a trajetória observada, acabando por reforçar a predominância de planos coletivos. Essa trajetória é reforçada, inclusive, pela regulamentação das administradoras de benefícios que atuam, exclusivamente, no mercado de planos coletivos.

Do mesmo modo, a RN nº 309, que regulamentou o *pool* de riscos, não atingiu o objetivo de incentivar a comercialização de planos individuais ou familiares, ao melhorar a comparabilidade deste regime com os planos coletivos.

A regulamentação da contratação coletiva empresarial por empresário individual, tratada na RN nº 432, por sua vez, atuou na contramão dos problemas enfrentados pelo setor, pois reforça a contratação coletiva empresarial, com baixo número de beneficiários, os quais não têm poder de negociação e são sujeitos a percentuais de reajuste mais elevados. Este instrumento também pode reforçar a trajetória de “falsa coletivização” e expurgo de beneficiários não desejáveis.

A edição da RN nº 441, que disciplinou a nova metodologia de reajuste anual dos planos individuais ou familiares, trata-se de uma importante inovação, cujos efeitos ainda precisam de tempo de maturação para serem avaliados.

Além disso, sublinhe-se que, ainda que a trajetória dos planos coletivos, em especial, empresariais, possa ser explicada por fatores exógenos à regulamentação da saúde suplementar, como a evolução do mercado de trabalho brasileiro, a regulamentação setorial têm impacto no caminho traçado.

A partir de 2015, com a redução dos postos formais no mercado de trabalho brasileiro, diante de um quadro de aumento da informalidade, a ANS, por exemplo, optou por criar mecanismos, como a RN nº 432, para que consumidores sem vínculo formal de trabalho

pudessem contratar planos coletivos, reforçando a trajetória de predominância deste regime contratual e reforçando também os desequilíbrios já presentes no setor.

Após a publicação do marco legal do setor, não foram identificadas conjunturas que tenham levado a mudanças disruptivas em relação aos regimes de contratação.

Assim sendo, a correlação entre os dados extraídos da base de registros de produtos e a regulamentação setorial indicam que a ANS adotou medidas que reforçaram a trajetória de ampliação da comercialização dos planos coletivos, responsável por efeitos como a seleção de riscos e a queda do mutualismo no setor suplementar de saúde, os quais são danosos para o sistema de saúde como um todo.

5.2.2 O desafio da escassez de planos individuais ou familiares e predominância de planos coletivos

Como identificado no presente estudo, o número de produtos ativos para comercialização no regime individual ou familiar corresponde a apenas 24% do total. Além disso, foi verificado que o número de beneficiários vinculados a este regime de contratação vem diminuindo, que as seguradoras especializadas em saúde não comercializam mais planos individuais ou familiares e que o mercado de planos individuais ou familiares é altamente concentrado.

Do mesmo modo, foi identificado um aumento no número de planos coletivos com poucas vidas, assim como o baixo poder de negociação destes contratantes, tendo como resultado a aplicação de reajustes anuais em percentuais mais elevados do que nos planos coletivos com mais de 30 (trinta) vidas e do que os percentuais aplicados aos planos individuais ou familiares.

Dentre as causas para a escassez da oferta de planos individuais ou familiares destaca-se a maior regulamentação deste tipo de regime contratual, que ocorreu após a entrada em vigor da Lei nº 9.656/1998. Dentre os pontos da regulamentação que impactam a oferta de planos individuais ou familiares estão: a) a proibição da rescisão contratual unilateral imotivada por parte das operadoras de planos de saúde e; b) a limitação do reajuste anual a um percentual determinado pela ANS, mediante autorização prévia.

A vedação à rescisão unilateral imotivada pelas operadoras no caso dos planos individuais ou familiares trata-se de um mecanismo legal direcionado a minimizar a prática de seleção de riscos. Ou seja, tem por finalidade evitar que as operadoras de planos de saúde

possam rescindir os contratos em caso de maiores riscos, como no caso de idosos ou de portadores de doenças crônicas.

O estabelecimento de um teto para os reajustes anuais de planos individuais ou familiares, por sua vez, tende a evitar a aplicação de percentuais abusivos a contratos nos quais os consumidores estão em posição de vulnerabilidade.

Herman et al (2017) acentuam que o Código de Defesa do Consumidor, no artigo 4º, inciso I, reconhece a vulnerabilidade do consumidor e a necessidade de que o Estado atue no mercado de maneira a protegê-lo, ao procurar uma igualdade material e não apenas formal.

Insta salientar que reajustes livremente arbitrados podem ser utilizados a fim de ampliar a margem de lucro das empresas, em detrimento de beneficiários, ou serem aplicados em valores elevados de modo a induzir que beneficiários rescindam os contratos por falta de capacidade de pagamento.

A vedação à rescisão unilateral imotivada, *per se*, não conseguiria evitar todas as práticas de seleção de riscos, que poderiam ser feitas pelo estabelecimento de reajustes anuais expulsórios. Daí surge a necessidade da conjugação de diversos elementos para minimizar a possibilidade de seleção de riscos nestes contratos em que os consumidores estão em posição de franca vulnerabilidade.

Portanto, a disciplina regulatória dos planos individuais ou familiares foi determinante na oferta, ao estabelecer limites mais rigorosos de atuação das empresas neste regime contratual.

Em contrapartida, no caso de planos coletivos, é permitida a aplicação de índices de reajuste anual livremente negociados e a possibilidade de rescisão contratual unilateral e imotivada por parte das operadoras. Assim, nos regimes de contratação coletiva, as operadoras têm maior gestão dos riscos e maior governabilidade da margem de lucro, o que torna esse mercado mais atrativo. Consequentemente, no mercado de planos coletivos há maior concorrência.

O resultado é o crescimento proporcional muito superior no número de beneficiários vinculados a planos coletivos após a vigência da Lei nº 9.656/1998 e a baixa oferta de planos individuais ou familiares.

Ocorre que a baixa oferta de planos individuais ou familiares afeta todo o setor de planos de saúde, ocasionando: preços mais elevados; “falsa coletivização”; e seleção de riscos.

Tendo em vista a baixa oferta de planos individuais ou familiares, este regime tem concentração de mercado muito elevada e superior à dos planos coletivos, como demonstrado por Andrade et al (2015).

O exercício do poder de mercado, segundo Baker e Bresnahan (2008), pode ser definido como a capacidade das empresas de elevar os preços acima do nível competitivo por um período. No caso dos planos de saúde, observa-se que os planos individuais ou familiares têm preços, em média, 21,58% maiores que os preços dos planos coletivos. Como efeitos adversos, perde-se em eficiência econômica e, conseqüentemente, bem-estar agregado de consumidores.

Outro efeito é que, diante da baixa oferta de planos individuais ou familiares, muitos beneficiários que não têm condições de elegibilidade para a contratação de planos coletivos tornam-se vítimas da “falsa coletivização”, configurada por práticas como: vinculação a associações, entidades de classe ou sindicatos com o único objetivo de contratar plano de saúde; constituição de pessoa jurídica ou inscrição como empresário individual para a contratação de plano de saúde; constituição de entidade associativa com a finalidade de agregar consumidores que querem contratar planos de saúde, sem que haja qualquer outro objetivo comum definido.

Outro ponto que merece atenção é que os preços de ingresso nos planos coletivos são mais baixos do que os praticados em planos individuais ou familiares, atraindo os consumidores, o que pode ser explicado pela maior concorrência neste segmento, bem como pela possibilidade de ajustar as margens de lucro pela aplicação de percentuais de reajuste livremente negociados com os contratantes.

A consequência adversa da prática é que estes consumidores estão sujeitos a contratos menos protetivos, com possibilidade de rescisões contratuais imotivadas por parte das operadoras e aplicação de reajustes anuais em patamares elevados.

Ademais, há uma alta concentração de beneficiários de planos coletivos em contratos com baixo número de vidas. São contratos em que os beneficiários estão em situação de vulnerabilidade semelhante aos beneficiários de planos individuais ou familiares, embora tais contratos sejam juridicamente considerados coletivos e, portanto, menos protetivos.

Destaque-se que, no caso dos planos coletivos por adesão, a ANS aponta para o baixo poder de negociação dos reajustes anuais das entidades representativas, observando percentuais mais elevados do que os aplicados aos contratos coletivos empresariais, independentemente do número de vidas.

Assim, a escassez de oferta de planos individuais ou familiares tem, ainda, como efeito adverso a seleção de riscos no mercado de saúde suplementar, seja na medida em que resta dificultado o acesso a consumidores que não têm elegibilidade para a contratação de planos coletivos, seja na medida em que muitos beneficiários acabam direcionados para contratações coletivas sem que sejam acompanhados de qualquer poder de negociação.

Dessa forma, grupos como idosos e portadores de doenças crônicas, embora não possam ser impedidos de contratar planos de saúde, podem ter dificuldades de ingressar e permanecer no setor, em virtude de dificuldades para contratar planos individuais ou familiares, em razão da baixa oferta e de preços mais elevados, ficando sujeitos a contratações coletivas menos protetivas ou sendo direcionados para o SUS.

Vale ressaltar que o direcionamento do “alto risco” para o SUS gera ainda mais desequilíbrio e desigualdade para o sistema de saúde brasileiro, que conta com incentivos fiscais importantes para o setor privado de saúde.

Além disso, mecanismos de estímulo à concorrência, como a portabilidade de carências, acabam tendo efeitos limitados em virtude da escassez da oferta de planos individuais ou familiares, mantendo uma trajetória de predominância de planos coletivos empresariais.

Sob um ponto de vista mais amplo, a redução no número de beneficiários vinculados a planos individuais ou familiares e a ampliação do número de contratos coletivos com poucas vidas pode afetar o mutualismo do setor e o pacto intergeracional.

Pereira Filho (1999, p. 112) afirma que o conceito de mutualismo utilizado na saúde suplementar pressupõe que os beneficiários financiem o atendimento daqueles que contraírem doenças ou lesões e, para suportar estes custos, as empresas devem calcular o valor das mensalidades baseadas em técnicas estatísticas.

Stivali (2001, p. 3731) acrescenta que no caso da saúde suplementar brasileira o funcionamento ocorre no modelo chamado de mutualismo com solidariedade intergeracional, ou seja, dentro de cada faixa etária, o prêmio é igual para todos os membros daquele plano e é determinado pelo risco médio daquele grupo. Dessa forma, os indivíduos mais saudáveis subsidiam aqueles de maior risco ou menos saudáveis, dentro da mesma faixa etária.

Segundo Stivali (2011, p.3731) “Por solidariedade intergeracional, entende-se que os segurados das faixas etárias mais jovens (de menor risco) subsidiam os indivíduos mais idosos (de maior risco).”

O mutualismo está baseado em uma ideia de equidade, ou seja, de que os serviços de saúde devem ser acessados de forma equânime por todos os membros que integram aquele grupo, independentemente do risco individual de cada um.

Além disso, o mutualismo é fator fundamental para a pulverização do risco, já que quanto maior o número de consumidores, menor é a variabilidade do custo. Sendo assim, a pequena escala na avaliação de custos, tende a elevar o custo final do produto (NOGUEIRA,2004). Em que pese a importância do mutualismo se dê não apenas para fins de equidade, como também para fins de eficiência, Matos e Kornis (2019, p. 2) alertam que:

Buscando a sobrevivência, as operadoras de planos de saúde passaram a investir numa lógica de oferta de contratos de curto prazo para pequenos grupos, promovendo assim a seleção de risco no setor. Se levado ao paroxismo, esse movimento pode chegar num tratamento caso a caso, destruindo completamente o movimento associativo, que é precisamente a base do mutualismo e da existência do setor.

Sendo assim, práticas que induzam a individualização dos riscos tendem a elevar os custos e a selecionar os riscos, comprometendo a entrada e a permanência no setor de beneficiários com riscos mais elevados.

Logo, a escassez de planos individuais ou familiares afeta todo o setor de saúde suplementar e, até mesmo, o Sistema Único de Saúde (SUS), para onde, muitas vezes, são direcionados os consumidores portadores de condições de saúde que impliquem em riscos mais elevados.

Assim, na presente pesquisa foi possível identificar alguns problemas presentes no setor de saúde suplementar, bem como aspectos relacionados à regulamentação, resultando nos seguintes efeitos:

Gráfico 25 – Problemas, regulamentação e efeitos da atual oferta de regimes de planos de saúde (Brasil - 2019)



Fonte: Elaboração própria

Diante deste quadro situacional, verifica-se que a relação entre o mercado e a regulamentação setorial tem tido como efeito o agravamento dos problemas enfrentados pela saúde suplementar.

Em relação à regulamentação setorial, como visto, o debate a respeito da baixa oferta de planos individuais ou familiares envolve a maior ou menor regulamentação dos regimes

contratuais. Contudo, é fundamental destacar de antemão que a desregulamentação de planos individuais ou familiares pode ter o efeito de ampliar falhas de mercado, bem como incentivar práticas abusivas recorrentes antes da publicação da Lei nº 9.656/1998.

A respeito do comportamento do mercado, por sua vez, é importante asseverar que a eficiência do setor é um ponto importante, pois o próprio modelo de atenção proposto pelas operadoras é central à redução de custos e ampliação da oferta de planos individuais ou familiares.

Destaque-se que algumas operadoras vêm buscando alternativas para comercializar planos individuais ou familiares, pautadas por modelos de atenção focados na atenção primária, na utilização de mecanismos de regulação e de redes assistenciais verticalizadas, conforme matéria publicada, em 29 de novembro de 2019, no jornal Folha de São Paulo (LENHARO,2019).

Como visto, os problemas diagnosticados envolvem as intrincadas relações do setor suplementar de saúde, marcadas pela presença de diversos atores potencialmente impactados, a presença de falhas de mercado e a inserção do setor no contexto do sistema de saúde brasileiro.

Portanto, se por um lado, a regulamentação setorial precisa se debruçar sobre aspectos regulatórios capazes de minimizar falhas de mercado que levam ao atual diagnóstico situacional, por outro, o mercado de planos privados de assistência à saúde precisa repensar a assistência prestada de modo a oferecer serviços de qualidade, de forma eficiente e efetiva.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por objetivo geral identificar a relação entre a regulamentação da saúde suplementar, após o estabelecimento do marco regulatório do setor, e a trajetória da oferta dos regimes de contratação de planos de saúde.

A importância do estudo decorre do diagnóstico situacional de baixa oferta de planos individuais ou familiares e predominância de planos coletivos, acarretando efeitos adversos, como: “falsa coletivização”; crescimento no número de contratos coletivos com reduzido número de beneficiários, levando a reajustes anuais mais elevados nestes contratos; seleção de riscos por parte do mercado, com possibilidade de expurgo de beneficiários considerados de alto risco, como idosos e portadores de doenças crônicas; e queda do mutualismo.

Ao longo da pesquisa foi identificado que o percurso de consolidação do setor suplementar de saúde brasileiro relaciona-se com a consolidação do mercado de planos coletivos empresariais, de modo que a forma de estruturação das políticas sociais no Brasil, os incentivos fiscais e as características do mercado de trabalho brasileiro levaram a uma situação de predomínio deste regime contratual já antes do estabelecimento do marco regulatório.

Após o estabelecimento do marco legal do setor, houve um crescimento percentual expressivo dos planos coletivos empresariais, em comparação com as demais formas de contratação. Esta trajetória pode ser explicada por fatores exógenos, como as características do mercado de trabalho brasileiro, mas também se relaciona com a regulamentação setorial.

A análise quanto à regulamentação do setor demonstrou que a despeito da identificação dos problemas setoriais supramencionados, foram adotadas medidas que reforçaram a trajetória de crescimento dos planos coletivos, como a edição de instrumentos normativos que incentivaram a comercialização deste tipo de produto, como a RN nº 195/2009, a RN nº 96/2009 e a RN nº 432/2017.

Também foram adotadas medidas que, segundo a ANS, tinham por objetivo ampliar a oferta de planos individuais e familiares e a concorrência como um todo, mas que não tiveram os efeitos almejados, como foi o caso da RN nº 186/2009, que tratou da portabilidade de carências e a RN nº 309/2012, que trata do estabelecimento do *pool* de riscos para a aplicação de reajustes anuais em contratos coletivos com menos de 30 (trinta) vidas.

Observou-se na pesquisa que a atuação da ANS, enquanto órgão regulador, apresentou uma dissociação entre discurso e adoção de medidas, pois, em que pese tenha diagnosticado os problemas setoriais e as consequências futuras, adotou políticas regulatórias que aprofundaram estes problemas.

Foram identificados, ademais, os aspectos regulados que mais impactam na baixa oferta de planos individuais ou familiares, quais sejam: limitação de reajustes anuais ao teto estabelecido pela ANS; e impossibilidade de rescisão contratual unilateral e imotivada por parte das operadoras de planos de saúde. Tais previsões legais e normativas interferem na governabilidade da margem de lucro das operadoras de planos de saúde e na vedação à seleção de riscos.

Entretanto, opções regulatórias como a desregulamentação destes aspectos nos planos individuais ou familiares poderão acarretar práticas abusivas recorrentes antes do estabelecimento do marco legal setorial, intensificando problemas como a aplicação de reajustes em patamares elevados e o expurgo de consumidores considerados indesejáveis.

Ao longo do estudo foi verificado, ademais, que não houve nenhuma inovação regulatória capaz de alterar a trajetória de predomínio de planos coletivos, levando a uma situação em que este regime está concentrado em contratos com reduzido número de vidas e baixo poder de negociação.

Assim sendo, sob o ponto de vista institucional, o estabelecimento do marco regulatório foi uma mudança importante, alterando a trajetória de um setor desregulado, para um setor que passou a contar com uma lei disciplinadora e uma agência reguladora específica.

Porém, alguns efeitos esperados da legislação, como minimizar falhas de mercado, garantindo maior proteção a contratos individuais ou familiares, os quais têm presunção de vulnerabilidade, foram acompanhados de efeitos adversos, como a redução da oferta deste regime contratual e práticas como a “falsa coletivização”.

Nesse sentido, ao longo do período pós-edição do marco legal, a ANS, ao regular o mercado de planos de saúde, adotou uma série de inovações institucionais que terminaram por acentuar, aliadas a outros fatores, a escassez de oferta de planos individuais ou familiares, reforçando uma trajetória de predomínio de comercialização de planos coletivos.

Considerando a tese de Hacker (1998), de que a conformação dos sistemas de saúde se dá tendo em vista o desenvolvimento histórico, político e institucional, é possível concluir que o diagnóstico atual da saúde suplementar é resultado de um contexto histórico em que os planos de saúde no Brasil ganham forma a partir do mercado de planos coletivos, em que as políticas públicas favoreceram o desenvolvimento setorial e em que a regulação setorial concorreu para acentuar o contexto de escassez de planos individuais ou familiares.

Dentre as possíveis consequências desse estado de coisas está a perda de mutualismo no setor suplementar de saúde e práticas como a seleção de riscos, fazendo com que beneficiários

com riscos mais elevados, como idosos e portadores de doenças crônicas, sejam direcionados para o Sistema Único de Saúde (SUS), levando a um desequilíbrio no sistema de saúde.

Importante consignar que o setor suplementar de saúde conta com incentivos fiscais importantes e o expurgo de beneficiários de alto risco onera o sistema público de saúde, promovendo ainda mais desequilíbrio na relação entre o setor público e o privado.

Ao longo do presente estudo também foi possível identificar que a efetividade dos mecanismos de participação social, a forma como os atores setoriais relacionam-se e exercem pressão sobre o órgão regulador e as correntes de pensamento dentro da ANS são questões que demandam aprofundamento, a fim de compreender melhor a formulação e execução das políticas regulatórias.

Alguns comportamentos do mercado de saúde suplementar, como a demanda pela subsegmentação, a ampliação de comercialização de produtos com mecanismos financeiros de regulação e as demandas por desregulamentação também merecem análises pormenorizadas.

É importante destacar também que os desafios que se impõem, como questões demográficas, a precarização dos vínculos trabalhistas, a crise econômica, e o advento da pandemia do novo coronavírus, trarão impactos significativos no setor suplementar de saúde e demandarão esforços na construção de políticas públicas para o enfrentamento destas questões.

Neste contexto de tantas incertezas é importante ter em mente que mesmo países que possuem um sistema de saúde privado, como os Estados Unidos, apontam para a ampliação de cobertura. No caso americano, por exemplo, há propostas de expansão do *Medicare*, que é o seguro de saúde sob gestão governamental.

Portanto, as discussões sobre o setor suplementar de saúde devem considerar que qualquer alteração legal e infralegal deve ser direcionada à criação de um sistema de saúde que garanta cobertura a todos, de forma justa e equânime, eliminando distorções que tornam nosso sistema tão desigual.

Ao tratar da escassez de oferta de planos individuais ou familiares e predomínio de planos coletivos, o presente trabalho, em última análise, demonstra como a regulamentação legal e infralegal, aliada a fatores exógenos, concorreu para o agravamento de práticas que desequilibram o sistema de saúde como um todo.

Como já exposto, não se trata da defesa de determinado regime contratual, mas de compreender como as relações travadas entre regulamentação e mercado resultam em uma situação de desequilíbrio. E, nesse sentido, a solução parece passar menos pela desregulamentação e mais por uma reavaliação de toda a regulamentação de maneira que práticas abusivas possam ser devidamente coibidas.

7 REFERÊNCIAS

ANDRADE, Mônica Viegas. Financiamento do setor de saúde suplementar no Brasil: uma investigação empírica a partir dos dados da PNAD/98. Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de, 2003.

ANDRADE, Mônica Viegas et al. Estrutura de mercado do setor de saúde suplementar no Brasil. Texto para discussão, n. 400, 2010.

ANDRADE, Mônica Viegas et al. Estrutura de concorrência no setor de operadoras de planos de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ANS, 2015.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; KORNIS, George Edward Machado. Transformações e desafios da atenção privada em saúde no Brasil nos anos 90. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 13, p. 157-191, 2003.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, p. 521-544, 2007.

ANS – **Apresentação da Primeira Reunião da Câmara Técnica do Pool de Riscos** - Rio de Janeiro: ANS, 2012b. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/pool_de_risco/Apresentacao_incentivos_a_planos_individuais.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - **Ata da Terceira Reunião da Câmara Técnica da regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº9.656/1998 /2010**- Rio de Janeiro: ANS, 2010. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Regulamentacao_dos_artigos_30_e_31_da_Lei_9656_98/ct_regulamentacao_ata_3_reunio_20101130.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - **Resolução CONSU nº 14 de 04 de novembro de 1998**. Dispõe sobre a definição das modalidades de planos ou seguros sob o regime de contratação individual ou coletiva, e regulamenta a pertinência das coberturas às doenças e lesões preexistentes e a exigibilidade dos prazos de carência nessas modalidades. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjk4>> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - **Resolução de Diretoria Colegiada nº 04 de 22 de fevereiro de 2000**. Dispõe sobre alteração de rotina do registro provisório de produtos, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDE5>> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - **Resolução Normativa nº 85 de 08 de dezembro de 2004**. Dispõe sobre a concessão de Autorização de funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=ODgx>> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - CADERNO DE INFORMAÇÕES DA SAÚDE SUPLEMENTAR: Beneficiários, Operadoras e Planos. Ano 1(junho 2008), Rio de Janeiro: ANS. 2008a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/caderno_informaca_06_2008.pdf. Acesso em: 25 nov. 2019.

ANS - Exposição de Motivos da 29ª Consulta Pública da ANS - Rio de Janeiro: ANS, 2008b. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/cp_29_exposicao_de_motivos.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Exposição de Motivos da 30ª Consulta Pública da ANS - Rio de Janeiro: ANS, 2008c. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/cp_30_exposicao_de_motivos.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Resolução Normativa nº 195 de 15 de julho de 2009. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==>> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Ata da Primeira Reunião da Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajustes - Rio de Janeiro: ANS, 2010. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Novo_modelo_de_Reajuste/ct_reajuste_1_reuniao_ata_20100601.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Ata da Terceira Reunião da Câmara Técnica de Portabilidade de Carências - Rio de Janeiro: ANS, 2010b. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Portabilidade_de_carencias/ct_portabilidade_3_reuniao_ata_20100914.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Ata da Quarta Reunião da Câmara de Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98 - Rio de Janeiro: ANS, 2010c. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Regulamentacao_dos_artigos_30_e_31_da_Lei_9656_98/ct_regulamentacao_ata_4_reuniao_20101130.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Ata da Terceira Reunião da Câmara Técnica da Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº9.656/1998 /2010- Rio de Janeiro: ANS, 2010d. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Regulamentacao_dos_artigos_30_e_31_da_Lei_9656_98/ct_regulamentacao_ata_3_reuniao_20101130.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Relatório Conclusivo da Consulta Pública nº 34/2010- Rio de Janeiro: ANS, 2010e. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/cp_34_relatorio.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS – Apresentação da Câmara Técnica do Pool de Riscos - Rio de Janeiro: ANS, 2011a. Disponível em

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/pool_de_risco/Apresentacao_incentivos_a_planos_individuais.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Ata da Primeira Reunião da Câmara Técnica do Pool de Riscos - Rio de Janeiro: ANS, 2011b. Disponível em

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/pool_de_risco/Ata_1_reuniao_ct_pool_de_risco.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Ata da Terceira Reunião do Grupo Técnico do Novo Modelo de Reajustes - Rio de Janeiro: ANS, 2011c. Disponível em

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Novo_modelo_de_Reajuste/ct_reajuste_3_ata_3%20reuniao_%20do%20grupo_tcnico_modelo_de_reajuste.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Relatório Final da Consulta Pública nº 41 - Rio de Janeiro: ANS, 2011d. Disponível em

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/cp_41_relatorio.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS – Apresentação da Primeira Reunião da Câmara Técnica do Pool de Riscos - Rio de Janeiro: ANS, 2012a. Disponível em

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/pool_de_risco/2a_reuniao/20120215_2a_reuniao_ct_pool_de_risco_estudos_do_pool_de_risco.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Ata da Quarta Reunião da Câmara Técnica do Pool de Riscos - Rio de Janeiro: ANS, 2012b. Disponível em

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/pool_de_risco/4a_reuniao/20120717_4a_reuniao_ct_pool_ata_4_reuniao.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Ata da Segunda Reunião da Câmara Técnica do Pool de Riscos - Rio de Janeiro: ANS, 2012c. Disponível em

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/pool_de_risco/2a_reuniao/20120312_2a_reuniao_ct_pool_ata_2_reuniao.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Ata da Terceira Reunião da Câmara Técnica do Pool de Riscos - Rio de Janeiro: ANS, 2012d. Disponível em

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/pool_de_risco/3a_reuniao/20120511_3a_reuniao_ct_pool_de_risco_ata3reuniao.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Exposição de Motivos da 48ª Consulta Pública da ANS - Rio de Janeiro: ANS, 2012e. Disponível em

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/20120731_cp48_motivos.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Nota Técnica nº 1947/2012/GGEFP/DIPRO/ANS - Rio de Janeiro: ANS, 2012f. Disponível em

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/20121025_nota_GGEFP_1947-12.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Relatório da Consulta Pública nº 52 – Rio de Janeiro: ANS, 2013. Disponível em:<http://www.ans.gov.br/images/stories/cp52_relatorio.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Exposição de Motivos da 57ª Consulta Pública da ANS - Rio de Janeiro: ANS, 2015a. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp57/exposicao_motivos_57.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Rede assistencial e garantia de acesso na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2015b. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/rede_completo_digital.pdf> Acesso em 16 jan. 2020.

ANS - Entendimento DIFIS nº 02 de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre planos coletivos por adesão e elementos necessários para verificação da legitimidade da pessoa jurídica contratante e da elegibilidade dos beneficiários. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=entendimento&task=TextoLei&format=raw&id=MzIzNA==>> Acesso em 10 jan. 2019.

ANS - Exposição de Motivos da 4ª Audiência Pública realizada pela ANS - Rio de Janeiro: ANS, 2016b. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap04/ap04_exposicao_de_motivos_para_abertura_da_audiencia_publica.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Relatório Final da 4ª Audiência Pública - Rio de Janeiro: ANS, 2016c. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap04/ap04_relatorio.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Atas do Comitê de Regulação e Estrutura dos Produtos - Rio de Janeiro: ANS, 2017a. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/comite-de-regulacao-da-estrutura-dos-produtos>> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Exposição de Motivos da 64ª Consulta Pública da ANS - Rio de Janeiro: ANS, 2017b. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp64/cp64_exposicao_de_motivos.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Nota Técnica nº 2013/2017/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO- Rio de Janeiro: ANS, 2017c. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap10/ap10_nt2013_propostas_reajustes_planos_coletivos.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Relatório Final da Consulta Pública nº 64 - Rio de Janeiro: ANS, 2017d. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp64/RelatriodaCP64.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Painel de precificação: planos de saúde 2018a. Rio de Janeiro: ANS, 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/Painel_Precifica%C3%A7%C3%A3o_2018.pdf> Acesso em 09 dez. 2019.

ANS - Relatório de Análise de Impacto Regulatório - Política de Preços e Reajustes de Planos de Saúde - Rio de Janeiro: ANS, 2018b. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap13/ap13_relatorio_impacto.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Relatório de Análise de Impacto Regulatório Complementar - Política de Preços e Reajustes de Planos de Saúde - Rio de Janeiro: ANS, 2018c. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap13/ap13_relatorio_impacto_regulatorio.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - Relatório Final da 10ª Audiência Pública - Rio de Janeiro: ANS, 2018d. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap10/ap10_relatorio_reajuste_27set2018.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS – Agenda Regulatória - Rio de Janeiro: ANS, 2019a. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/agenda-regulatoria>> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - CADERNO DE INFORMAÇÕES DA SAÚDE SUPLEMENTAR: Beneficiários, Operadoras e Planos. Ano 13(junho 2019), Rio de Janeiro: ANS. 2019b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/total-cad-info-jun-2019.pdf> Acesso em: 25 nov. 2019.

ANS – DADOS ABERTOS - Abrangência Geográfica de comercialização dos planos de saúde (NTRP). Jan.2019c. Disponível em: <<http://dados.gov.br/dataset/abrangencia-geografica-de-comercializacao-dos-planos-de-saude-ntrp>> Acesso em 16 jan.2020.

ANS – DADOS ABERTOS - Características dos Produtos da Saúde Suplementar. Nov. 2019d. Disponível em <<http://dados.gov.br/dataset/caracteristicas-dos-produtos-da-saude-suplementar>> Acesso em 25 nov. 2019.

ANS - DADOS CONSOLIDADOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 07 jan. 2019.

ANS - DADOS DO CADERNO DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 07 jan. 2019.

ANS - DADOS E INDICADORES DO SETOR. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 07 jan. 2019.

ANS - QUEM SOMOS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>>. Acesso em: 07 nov.2019.

ANS - Relatório Final da Consulta Pública nº 74 - Rio de Janeiro: ANS, 2019e. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp74/cp74-relatorio.pdf> Acesso em 05 jan. 2019.

ANS - SALA DE SITUAÇÃO. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>>. Acesso em: 07 jan. 2019.

ANTONIO, Gilka Lopes Moreira. Planos privados individuais de saúde: o consumidor ainda tem poder de escolha?. *CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO*, v. 7, n. 1, p. 163-182, 2018.

BAHIA, L.; VIANA, A. Breve histórico do mercado de planos de saúde no Brasil. **BRASIL. Ministério da Saúde. Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS**, p. 132, 2002.

BAHIA, Ligia. **Planos de saúde no Brasil: origens e trajetórias**. [s.l.]: LEPS/UFRJ, 2005.

BAHIA, Ligia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & saúde coletiva*, v. 6, p. 329–339, 2001.

BAHIA, L. Planos e Seguros Saúde: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil, 1999. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

BAHIA, Ligia et al. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, p. e00184516, 2016.

BAIRD, Marcello Fragano. Redes de influência, burocracia, política e negócios na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). text, Universidade de São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-01082017-182440/>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

BAKER, Jonhathan B. & BRESNAHAN, Timothy, “Economic Evidence in Antitrust: Defining Markets and Measuring Market Power” em Bucciorossi, Paolo, *Handbook of Antitrust Economics*, MIT Press, Cambridge, Massachusetts, 2008.

BRASIL. **Câmara dos Deputados. PL 7419/06 - Planos de Saúde**. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/55a-legislatura/pl-7419-06-planos-de-saude>>. Acesso em 11 de jan. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, de 05 de outubro de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em 05 de jan. 2019.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9656.htm>. Acesso em 05 de jan. 2019.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9961.htm>. Acesso em 05 de jan. 2019.

BRASIL. **Ministério da Justiça**. Nota técnica nº 19 de 2012. p. 2-3. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/consumidor/notas-tecnicas/anexos/nota-tecnica-no-19-2012.pdf>> Acesso em 09 de jan. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Ata de Reunião realizada em 31 de agosto de 2016. Secretaria de Atenção à Saúde. 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-de-trabalho-sobre-planos-acessiveis>> Acesso em 09 de jan. 2019.

BRASIL. **Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5.756 DF (0008329-19.2017.1.00.0000)**. Requerente: Partido Social Liberal. Requerido: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Relator Min. Gilmar Mendes. Disponível em <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5240397>>. Acesso em 10 de jan. 2019.

COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro R.; *et al.* A saúde como direito e como serviço. *In: A Saúde como direito e como serviço*. [s.l.: s.n.], 1991.

COSTA, Frederico Lustosa da. Brasil: 200 anos de Estado; 200 anos de administração pública; 200 anos de reformas. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 5, p. 829-874, 2008.

DE MESQUITA, Maria Angélica Fonseca. A regulação da assistência suplementar à saúde: legislação e contexto institucional. *Saúde Regulação*, p. 66, 2002.

DE SOUZA MINAYO, Maria Cecília; DE ASSIS, Simone Gonçalves; DE SOUZA, Edinilsa Ramos. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. [s.l.]: SciELO-Editora FIOCRUZ, 2005.

DINIZ, ELI. Globalização, reforma do estado e teoria democrática contemporânea. São Paulo Perspec., São Paulo, v. 15, n. 4, p. 13-22, Dec. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010288392001000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Mar. 2020.

DO ROSÁRIO COSTA, Nilson; DE CASTRO, Antônio Joaquim Werneck. O regime regulatório e a estrutura do mercado de planos de assistência à saúde no Brasil. **Documentos técnicos de apoio ao Fórum**, 2004.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 8, p. 521-535, 2003.

GIOVANELLA, Lígia; RIBEIRO, José Mendes; DO ROSÁRIO COSTA, Nilson. Defesa dos consumidores e regulação dos planos de saúde. *Saúde Regulação*, p. 156, 2002.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de empresas**, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.

HACKER, Jacob S. The historical logic of national health insurance: structure and sequence in the development of British, Canadian, and US medical policy. *Studies in American Political Development*, v. 12, n. 1, p. 57-130, 1998.

HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary CR. The three versions of neo-institutionalism. **Lua Nova: revista de cultura e política**, n. 58, p. 193-223, 2003.

HERMAN, Antônio; MARQUES, Cláudia Lima; BESSA, Leonardo Roscoe. Manual de direito do consumidor. 2017.

IMMERGUT, Ellen M. et al. Health politics: interests and institutions in Western Europe. CUP Archive, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (2012). A falsa coletivização de contratos nos planos de saúde. Disponível em: < <https://idec.org.br/em-acao/artigo/a-falsa-coletivizacao-de-contratos-nos-planos-de-saude>>. Acesso em 15 jan.2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (2013). Saúde não é o que interessa - basta fazer as contas. Disponível em: < <https://idec.org.br/em-acao/revista/por-tras-dos-precos/materia/saude-no-e-o-que-interessa>>. Acesso em 15 jan.2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Org.). **Conta-satélite de saúde: Brasil, 2010-2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_informativo.pdf>. Acesso em 09 jan. 2020.

KERSTENETZKY, Celia. O estado do bem-estar social na era da razão. Elsevier Brasil, 2012.

KORNIS, George Edward; CAETANO, Rosângela. Dimensão e estrutura econômica da assistência médica suplementar no Brasil. Saúde &Regulação, p. 35, 2002.

LEAL, Rodrigo Mendes. O mercado de saúde suplementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde. 2014. Tese de Doutorado. Tese de Doutorado. Tese de doutorado do Programa de Políticas Públicas, Estratégia e Desenvolvimento, do Instituto de Economia da UFRJ.

LENHARO, Mariana. **Operadoras dão novo impulso a planos individuais** - Empresas criam rede de atendimento própria e apostam na atenção primária para tornar esses planos sustentáveis. Folha de São Paulo. 29 nov 2019. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2019/11/operadoras-dao-novo-impulso-a-planos-individuais.shtml>> Acesso em 29 dez 2019.

MAJONE, Giandomenico. Do Estado positivo ao Estado regulador: causas e conseqüências de mudanças no modo de governança. Revista do Serviço Público, v. 50, n. 1, p. 5-36, 1999.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, p. 433-444, 2004.

MATOS, João Boaventura Branco; KORNIS, George Machado. A reconstrução da viabilidade econômico-financeiro da saúde a partir do resgate do mutualismo. JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750, v. 11, n. Sup, 2019.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias**. [s.l.]: Editora Fiocruz, 2007.

MONTONE, Januario. Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar: subsídios ao Fórum de Saúde Suplementar. *In: Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar: subsídios ao Fórum de Saúde Suplementar*. [s.l.: s.n.], 2003.

NOGUEIRA, Carlos Alexandre Lima et al. Análise da estrutura econômica do mercado de saúde suplementar: solvência do mercado e benefícios da concentração. 2004. Tese de Doutorado.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; SILVEIRA, Fernando Gaiger. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? 2005.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 1041-1050, 2007.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; FERNANDES, Artur Monteiro Prado. Descrição do gasto tributário em saúde: 2003 a 2015. 2018.

PACHECO, Regina Sílvia – “Regulação no Brasil: Desenho das Agências e Formas de Controle”. *Revista de Administração Pública*, Vol.40, N.4, julho-agosto, 2006, pp.523-543.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; *et al.* Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60054–8, 2012.

PEREIRA, Carlos. O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização e perspectivas. Montone J, Werneck A, organizadores. Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de, v. 3, p. 93-120, 2003.

PEREIRA FILHO, Luiz Tavares. Iniciativa privada e saúde. *Estudos Avançados*, v. 13, n. 35, p. 109-116, 1999.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 18, p. 767-783, 2008.

PRADO, L.C.D – “Relações Entre Estado e Mercado: Reformas e Agências Reguladoras no Brasil, 1991-2013”, em Earp, Bastian e Modenesi, Como vai o Brasil? A Economia Brasileira no Terceiro Milênio, Imã Editoria, 2014.

SALINAS, Natasha Schmitt Caccia; MARTINS, Fernanda. Os Mecanismos de Participação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, v. 8, n. 3, 2018.

SALM, Claudio. Planos de saúde no Brasil: origens e trajetórias. [s.l.]: LEPS/UFRJ, p. 11-16, 2005.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição. **PANOPTICA (em reformulação)**, v. 1, n. 4, p. 01–22, 2006.

SCHMIDT, Vivien A. et al. *The State: Theories and Issues*. 2006. p.98-117.

SILVA, Joseane Suzart Lopes da. A proteção dos consumidores diante da não oferta de planos de saúde individuais pelas operadoras: inconstitucionalidade e ilegalidade da preferência pela modalidade coletiva. **Revista de Direito, Globalização e Responsabilidade nas Relações de Consumo**, v. 4, n. 1, p. 148–168, 2018.

STIVALI, Matheus. Regulação da saúde suplementar e estrutura etária dos beneficiários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 3729-3739, 2011.

TEIXEIRA, A.; BAHIA, L.; VIANNA, MLTW. **Nota Sobre Regulação dos Planos de Saúde de Empresas no Brasil, Regulação & Saúde, Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar**. [s.l.]: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, 2002.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. [s.l.]: Revan Rio de Janeiro, 2000.

VIEIRA JUNIOR, Wilson Marques et al. **Idosos e planos de saúde privados no Brasil: análise das reclamações recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar**. 2013. Dissertação de mestrado.

VILARINHO, Paulo Ferreira. A percepção da captura política da saúde suplementar no Brasil. *Cadernos Ebape. BR*, v. 8, n. 4, p. 694–709, 2010.

VILARINHO, Paulo Ferreira. O campo da saúde suplementar no Brasil à luz da teoria do poder simbólico de Pierre Bourdieu. *Cadernos EBAPE. BR*, v. 2, n. 3, p. 01-15, 2004.

APÊNDICE A

Quadro – Documentos Seleccionados para a pesquisa

Assunto	Modalidade de participação social	Tema	Nº	Data	Documentos
Agenda Regulatória	Consulta Pública	Dispõe sobre a construção da Agenda Regulatória 2013/2014	52	21/12/2012 a 29/01/2013	- Apresentação da Agenda Regulatória 2013/2014; - Relatório Conclusivo
	Consulta Pública	Dispõe sobre a construção da Agenda Regulatória 2015/2017	57	06/05/2015 a 04/06/2015	- Exposição de Motivos; - Contribuições; - Relatório Conclusivo.
	Consulta Pública	Dispõe sobre a construção da Agenda Regulatória 2019/2021	74	07/03/2019 a 05/04/2019	- Contribuições; - Relatório Conclusivo.
Características dos regimes de contratação	Consulta Pública	Classificação dos planos de saúde, contratação de planos de saúde e criação de Administradora de Benefícios	30	19/11/2008 a 03/12/2008	- Exposição de Motivos; - Processo Administrativo nº33902.028933/2009-01
	Audiência Pública	Audiência pública sobre a regulamentação específica dos contratos coletivos empresariais dos planos privados de assistência à saúde	4	24/10/2016	- Exposição de Motivos; - Ata; - Relatório da Audiência Pública.
	Câmaras e Grupos Técnicos	Grupo de Trabalho sobre Planos Acessíveis		Abril/2017 a setembro/2017	- Processo Administrativo nº 33902.036554/2017-97.
	Consulta Pública	Contratação de Plano Coletivo Empresarial por Empresário Individual	64	15/08/2017 a 14/09/2017	- Exposição de Motivos; - Sumário Executivo; - Relatório Conclusivo.
Reajustes	Câmaras e Grupos Técnicos	Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste		Junho/2010 a dezembro/2011	- Ata da 1ª Reunião; - Ata da 2ª Reunião; - Ata da 3ª Reunião; - Apresentação ANS na 4ª Reunião.

Câmaras e Grupos Técnicos	Grupo Técnico do Novo Modelo de Reajuste		Fevereiro/2011 a novembro/2011	<ul style="list-style-type: none"> - Ata da 1ª Reunião; - Ata da 2ª Reunião; - Ata da 3ª Reunião; - Ata da 4ª Reunião; - Apresentação ANS na 1ª Reunião; - Apresentação ANS na 5ª Reunião.
Câmaras e Grupos Técnicos	Câmara Técnica do Pool de Risco		Novembro/2011 a junho/2012	<ul style="list-style-type: none"> - Ata da 1ª Reunião; - Ata da 2ª Reunião; - Ata da 3ª Reunião; - Ata da 4ª Reunião; - Apresentação ANS na 1ª Reunião; - Apresentação ANS na 4ª Reunião; - Apresentação de Incentivos a Planos Individuais.
Consulta Pública	Pool de Risco - regulamentação do agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para o cálculo e a aplicação do percentual de reajuste.	48	01/08/2012 a 30/08/2012	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição de Motivos; - Nota Técnica nº 1947/2012/GGEFP/DIPRO/ANS
Comitês e Comissões	Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos		Dezembro/2017 a fevereiro/2018	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação proposta área técnica DIPRO para política de preços e reajuste e panorama GEFAP 2017; - Apresentação proposta da área técnica para reajustes.
Audiência Pública	Audiência Pública para Política de Preços e Reajustes	10	24 e 25/07/2018	<ul style="list-style-type: none"> - Relatório de Análise de Impacto Regulatório; - Nota Técnica nº 2007/2017/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO; - Nota Técnica nº 2010/2017/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO; - Nota Técnica nº 2011/2017/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO; - Nota Técnica nº 2013/2017/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO; - Relatório de Audiência Pública.

	Audiência Pública	Audiência Pública acerca da proposta de Resolução Normativa que estabelece critérios para cálculo e aplicação do reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados individuais/familiares.	13	13/11/2018	- Exposição de Motivos; - Relatório de Análise de Impacto Regulatório; - Relatório de Análise de Impacto Regulatório Complementar; - Nota Técnica nº 27/2018/GEFAP/GGREP/DIRA D-DIPRO/DIPRO; - Relatório de Audiência Pública.
Portabilidade	Consulta Pública	Portabilidade de carências	29	22/09/2008 a 17/10/2008	- Exposição de Motivos.
	Câmaras e Grupos Técnicos	Câmara Técnica de Portabilidade de Carências		Junho/2010 a agosto/2010	- Ata da 1ª Reunião; - Ata da 2ª Reunião; - Ata da 3ª Reunião; - Apresentação ANS na 3ª Reunião.
	Consulta Pública	Extensão da Portabilidade	34	20/10/2010 a 10/11/2010	- Exposição de Motivos; - Relatório Conclusivo
	Comitês e Comissões	Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos		Março/2017 a julho/2017	- Ata da 1ª Reunião; - Ata da 3ª Reunião; - Ata da 5ª Reunião; - Apresentação ANS na 1ª Reunião; - Apresentação ANS na 3ª Reunião; - Apresentação ANS na 5ª Reunião.
	Consulta Pública	Consulta Pública para atualização da Resolução Normativa que regulamenta a Portabilidade de Carências	63	10/08/2017 a 11/09/2017	- Exposição de Motivos; - Sumário Executivo; - Relatório Conclusivo.
Aposentados e demitidos	Câmaras e Grupos Técnicos	Câmara Técnica da Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98		Julho/2010 a outubro/2010	- Ata da 1ª Reunião; - Ata da 2ª Reunião; - Ata da 3ª Reunião; - Ata da 4ª Reunião.
	Consulta Pública	Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.	41	19/04/2011 a 02/06/2011	- Relatório Conclusivo.

Fonte: Elaboração Própria

APÊNDICE B

Tabela – Situação dos planos coletivos empresariais novos (Brasil – 1998 a novembro de 2019)

Ano	Ativo	Ativo com comercialização suspensa	Cancelado	Transferido	Total geral
1998	80				80
1999	545		751		1296
2000	130		1773	159	2062
2001	253		505	725	1483
2002	128		273	68	469
2003	171		156	1300	1627
2004	134		89	168	391
2005	22	1	161	105	289
2006	177	4	4013	205	4399
2007	172	1	75	75	323
2008	647	38	99	148	932
2009	224	16	426	142	808
2010	307	2	100	334	743
2011	474	204	57	261	996
2012	400	59	380	97	936
2013	835	540	2345	337	4057
2014	524	209	524	520	1777
2015	682	724	827	285	2518
2016	777	982	757	384	2900
2017	1457	545	382	148	2532
2018	1228	597	164	114	2103
2019	1226	2210	451	217	4104
Total Geral	10593	6132	14308	5792	36825

Fonte: Elaboração Própria com base nos Dados Abertos da Saúde Suplementar – Características dos Produtos, extraídos em 25/11/2019.

APÊNDICE C

Tabela – Situação dos planos coletivos por adesão novos (Brasil – 1998 a novembro de 2019)

Ano	Ativo	Ativo com comercialização suspensa	Cancelado	Transferido	Total geral
1998	30				30
1999	257		712		969
2000	41		1297	170	1508
2001	119		575	121	815
2002	66		134	66	266
2003	60		106	143	309
2004	52		76	148	276
2005	6	4	141	73	224
2006	54	5	1704	181	1944
2007	68		77	184	329
2008	235	23	90	139	487
2009	239	17	398	45	699
2010	270	2	76	205	553
2011	253	90	35	145	523
2012	154	14	253	46	467
2013	396	258	1567	69	2290
2014	342	217	123	153	835
2015	330	247	231	75	883
2016	404	561	248	135	1348
2017	453	371	128	62	1014
2018	572	335	99	48	1054
2019	617	781	345	169	1912
Total Geral	5018	2925	8415	2377	18735

Fonte: Elaboração Própria com base nos Dados Abertos da Saúde Suplementar – Características dos Produtos, extraídos em 25/11/2019.

APÊNDICE D

Tabela – Situação dos planos individuais ou familiares novos (Brasil – 1998 a novembro de 2019)

Ano	Ativo	Ativo com comercialização suspensa	Cancelado	Transferido	Total geral
1998	52				52
1999	486		1760	3	2249
2000	90		1925	631	2646
2001	66		951	280	1297
2002	61		282	118	461
2003	99		183	226	508
2004	76		148	292	516
2005	9		258	151	418
2006	191	5	3444	366	4006
2007	105	1	195	95	396
2008	271	297	166	151	885
2009	344	292	659	111	1406
2010	287	59	116	180	642
2011	194	253	98	324	869
2012	193	393	380	106	1072
2013	211	472	1116	100	1899
2014	267	620	216	477	1580
2015	302	1040	312	106	1760
2016	325	865	331	166	1687
2017	398	611	163	155	1327
2018	457	478	146	98	1179
2019	430	656	278	234	1598
Total Geral	4914	6042	13127	4370	28453

Fonte: Elaboração Própria com base nos Dados Abertos da Saúde Suplementar – Características dos Produtos, extraídos em 25/11/2019.

APÊNDICE E

Tabela – Situação dos planos registrados (Brasil - 1998 a 2018)

Ano	Planos registrados	Planos ativos	Planos ativos com comercialização suspensa	Planos cancelados	Planos transferidos
1998	3862	162	0	0	0
1999	41000	1288	0	4308	3
2000	7183	261	0	7263	1108
2001	2990	438	0	3186	1272
2002	2975	255	0	919	319
2003	2693	330	0	639	1739
2004	1674	262	0	357	742
2005	149	37	5	699	434
2006	510	422	15	11053	862
2007	1005	345	2	436	365
2008	2119	1153	358	408	485
2009	1911	807	325	1710	298
2010	2959	864	63	329	719
2011	2670	921	547	203	745
2012	2317	747	466	1057	249
2013	2322	1442	1270	5035	506
2014	2618	1133	1046	885	1153
2015	2367	1314	2011	1387	466
2016	2293	1506	2408	1341	685
2017	2195	2308	1527	674	365
2018	2357	2257	1410	409	260
Total geral:	90169	18252	11453	42298	12775

Fonte: Elaboração Própria com base nos Dados Abertos da Saúde Suplementar – Características dos Produtos, extraídos em 25/11/2019.

APÊNDICE F

Tabela – Planos registrados de 1998 a 2018 por regime de contratação (Brasil, 1998 a 2018)

Ano	Coletivo Empresarial	Coletivo por Adesão	Individual ou Familiar	Outros	Total Geral
1998	960	578	1803	521	3862
1999	11783	6621	15203	7393	41000
2000	3509	1224	1977	473	7183
2001	1165	650	1175	0	2990
2002	1782	498	695	0	2975
2003	1310	497	886	0	2693
2004	779	393	502	0	1674
2005	61	53	35	0	149
2006	213	130	167	0	510
2007	463	264	278	0	1005
2008	943	630	546	0	2119
2009	773	752	386	0	1911
2010	1248	919	792	0	2959
2011	1358	746	566	0	2670
2012	1380	485	452	0	2317
2013	1292	531	499	0	2322
2014	1487	692	439	0	2618
2015	1192	667	508	0	2367
2016	1278	672	343	0	2293
2017	1305	495	395	0	2195
2018	1328	631	398	0	2357
Total Geral	35609	18128	28045	8387	90169

Fonte: Elaboração Própria com base nos Dados Abertos da Saúde Suplementar – Características dos Produtos, extraídos em 25/11/2019.

APÊNDICE G

Tabela – Produtos por regime de contratação, modalidade de operadora e situação (Brasil, novembro de 2019)²⁵

Regime de contratação/Modalidade de Operação	Ativo	Ativo com comercialização suspensa	Cancelado	Transferido	Total geral
Coletivo Empresarial	10593	6132	14308	5792	36825
Medicina de Grupo	3820	3058	5370	2477	14725
Cooperativa Médica	3891	2183	4341	429	10844
Seguradora Especializada em Saúde	638	587	2583	1627	5435
Odontologia de Grupo	1006	101	683	446	2236
Filantropia	260	99	578	273	1210
Autogestão	490	73	332	19	914
Cooperativa odontológica	488	31	283	27	829
Seguradora	0	0	138	494	632
Individual ou Familiar	4914	6042	13127	4370	28453
Medicina de Grupo	1403	2508	5733	2271	11915
Cooperativa Médica	2226	3234	4971	705	11136
Odontologia de Grupo	671	75	1006	223	1975
Filantropia	226	118	687	429	1460
Cooperativa odontológica	388	26	340	37	791
Seguradora	0	0	49	565	614
Seguradora Especializada em Saúde	0	81	219	108	408
Autogestão	0	0	121	32	153
Administradora	0	0	1	0	1
Coletivo por Adesão	5018	2925	8415	2377	18735
Medicina de Grupo	1647	1371	3454	1558	8030
Cooperativa Médica	2203	1208	3337	231	6979
Odontologia de Grupo	443	43	463	211	1160
Seguradora Especializada em Saúde	150	193	337	112	792
Filantropia	144	12	344	185	685
Autogestão	182	83	307	20	592
Cooperativa odontológica	249	15	170	26	460
Seguradora	0	0	3	34	37
Coletivo Empresarial + Coletivo por Adesão	0	0	5029	593	5622
Medicina de Grupo	0	0	2381	346	2727
Cooperativa Médica	0	0	1811	55	1866
Odontologia de Grupo	0	0	392	43	435
Filantropia	0	0	212	24	236
Seguradora	0	0	54	109	163

²⁵ Não há previsão legal ou infralegal para a existência de regimes de contratação classificados como: coletivo empresarial + coletivo por adesão; individual + coletivo empresarial + coletivo por adesão; individual ou familiar + coletivo por adesão; e individual ou familiar + coletivo empresarial. A menção a estas combinações de regimes de contratação ocorre por erro no cadastro destes produtos, de forma que todos foram cancelados ou transferidos.

Cooperativa odontológica	0	0	136	4	140
Seguradora Especializada em Saúde	0	0	21	12	33
Autogestão	0	0	22	0	22
Individual + Coletivo Empresarial + Coletivo por Adesão	0	1	1653	216	1870
Medicina de Grupo	0	0	732	134	866
Cooperativa Médica	0	0	410	17	427
Odontologia de Grupo	0	0	214	29	243
Filantropia	0	0	161	28	189
Cooperativa odontológica	0	1	92	1	94
Administradora de Benefícios	0	0	21	0	21
Seguradora	0	0	9	7	16
Autogestão	0	0	10	0	10
Seguradora Especializada em Saúde	0	0	4	0	4
Individual ou Familiar + Coletivo por Adesão	0	0	455	15	470
Medicina de Grupo	0	0	273	9	282
Cooperativa Médica	0	0	78	5	83
Odontologia de Grupo	0	0	41	0	41
Cooperativa odontológica	0	0	35	0	35
Filantropia	0	0	21	1	22
Autogestão	0	0	7	0	7
Individual ou Familiar + Coletivo Empresarial	0	0	385	36	421
Medicina de Grupo	0	0	191	22	213
Filantropia	0	0	69	10	79
Cooperativa Médica	0	0	48	0	48
Cooperativa odontológica	0	0	42	1	43
Odontologia de Grupo	0	0	33	3	36
Autogestão	0	0	2	0	2
NÃO IDENTIFICADO	0	0	0	4	4
NÃO IDENTIFICADA	0	0	0	4	4
Total Geral	20525	15100	43372	13403	92400

Fonte: Elaboração Própria, com base nos Dados Abertos da Saúde Suplementar – Características dos Produtos, extraídos em 25/11/2019

APÊNDICE H

Tabela – Distribuição de planos novos e ativos por área de abrangência, modalidade de operadora e regime de contratação (Brasil, novembro de 2019)

Modalidade/Abrangência	Coletivo Empresarial	Coletivo por Adesão	Individual ou Familiar	Total Geral
Cooperativa Médica	3891	2203	2226	8320
Grupo de municípios	1687	820	1168	3675
Nacional	1181	803	497	2481
Estadual	682	400	404	1486
Municipal	274	140	124	538
Grupo de estados	67	40	33	140
Medicina de Grupo	3820	1647	1403	6870
Grupo de municípios	2270	1125	1011	4406
Municipal	394	252	317	963
Nacional	744	102	29	875
Grupo de estados	305	114	21	440
Estadual	107	54	25	186
Odontologia de Grupo	1006	443	671	2120
Nacional	518	184	209	911
Grupo de municípios	335	174	303	812
Grupo de estados	59	41	46	146
Municipal	57	25	64	146
Estadual	37	19	49	105
Cooperativa odontológica	488	249	388	1125
Grupo de municípios	248	126	289	663
Nacional	167	91	34	292
Estadual	33	14	28	75
Municipal	21	12	34	67
Grupo de estados	19	6	3	28
Seguradora Especializada em Saúde	638	150	0	788
Nacional	437	132	0	569
Grupo de municípios	150	13	0	163
Grupo de estados	39	0	0	39
Estadual	11	0	0	11
Municipal	1	5	0	6
Autogestão	490	182	0	672
Grupo de municípios	150	90	0	240
Nacional	164	19	0	183
Estadual	77	57	0	134
Grupo de estados	64	13	0	77
Municipal	35	3	0	38
Filantropia	260	144	226	630
Grupo de municípios	184	91	141	416
Municipal	76	53	85	214
Total Geral	10593	5018	4914	20525

Fonte: Elaboração Própria, com base nos Dados Abertos da Saúde Suplementar – Características dos Produtos, extraídos em 25/11/2019

APÊNDICE I

Tabela – Comparação percentual entre registros, suspensões e cancelamentos por regime de contratação (Brasil – 1999 a 2018)

Ano	% de planos Coletivos Empresariais registrados	% de planos Coletivos Empresariais suspensos e cancelados	% de planos Coletivos por Adesão registrados	% de planos Coletivos por Adesão suspensos e cancelados	% de planos Individuais ou Familiares registrados	% de planos Individuais ou Familiares suspensos e cancelados
1999	35,06	23,30	19,70	22,09	45,24	54,61
2000	52,30	35,50	18,24	25,97	29,46	38,54
2001	38,96	24,86	21,74	28,31	39,30	46,82
2002	59,90	39,62	16,74	19,45	23,36	40,93
2003	48,64	35,06	18,46	23,82	32,90	41,12
2004	46,54	28,43	23,48	24,28	29,99	47,28
2005	40,94	28,67	35,57	25,66	23,49	45,66
2006	41,76	43,78	25,49	18,63	32,75	37,59
2007	46,07	21,17	26,27	21,45	27,66	54,60
2008	44,50	19,21	29,73	15,85	25,77	64,94
2009	40,45	24,45	39,35	22,95	20,20	52,60
2010	42,18	28,73	31,06	21,97	26,77	49,30
2011	50,86	35,41	27,94	16,96	21,20	47,63
2012	59,56	29,68	20,93	18,05	19,51	52,27
2013	55,64	45,81	22,87	28,98	21,49	25,21
2014	56,80	38,40	26,43	17,81	16,77	43,79
2015	50,36	45,87	28,18	14,14	21,46	39,99
2016	55,73	46,45	29,31	21,61	14,96	31,94
2017	59,45	42,14	22,55	22,68	18,00	35,18
2018	56,34	41,84	26,77	23,86	16,89	34,30

Fonte: Elaboração Própria, com base nos Dados Abertos da Saúde Suplementar – Características dos Produtos, extraídos em 25/11/2019