

## **Planos de saúde coletivos: proposta do Idec para a regulamentação e proteção dos direitos consumeristas**

### I. Objetivos da proposta

### II. Dados gerais do atendimento do Idec

### III. Questões regulatórias relevantes

### IV. Poder de barganha: inexistem evidências

### V. Rescisão Contratual imotivada: um direito mal utilizado pelas empresas

### VI. Impactos no Poder Judiciário

### VII. Conclusão: É necessária uma Política Regulatória adequada para planos coletivos feita por meio de Resolução Normativa.

### VIII. Encerramento

### IX. Glossário

#### **I. Objetivos da proposta**

1. Esta proposta foi elaborada pela equipe do Idec, em complemento às contribuições enviadas à Tomada Pública de Subsídios nº 01/2022, visando a: i) explicitar a maturidade das discussões sobre a regulação de planos de coletivos no âmbito da agenda regulatória 2023-2025; ii) resgatar argumentos do corpo técnico da ANS sobre o tema; e iii) defender a transferência da discussão do tema do âmbito de estudos preliminares para análise de impacto regulatório e formulação de uma política de preços e cancelamento específica para planos coletivos empresariais, de adesão e plano MEI.

#### **II. Dados gerais do atendimento do Idec**

2. A promoção da informação, a educação e o atendimento ao consumidor é uma das missões institucionais do Idec. A partir dos atendimentos efetuados aos associados do Instituto, o Idec organiza anualmente seu *ranking* de atendimento, indicando as áreas e temas mais demandados. Nesse sentido, vale indicar que, de modo geral, os planos de saúde permaneceram no topo das reclamações durante oito anos consecutivos até 2019<sup>1</sup>.

3. Em 2020, ano caracterizado por expressivo superendividamento em decorrência da pandemia, serviços financeiros ocuparam o topo das reclamações, fazendo com que reajustes fossem o subtema mais reclamado na área de planos de saúde<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> <https://idec.org.br/release/ranking-do-idec-planos-de-saude-servicos-financeiros-e-telecomunicacoes-lideram-atendimentos>

<sup>2</sup> <https://idec.org.br/release/com-pandemia-servicos-financeiros-assumem-lideranca-do-ranking-do-idec>

4. Já em 2021, as operadoras de planos de saúde voltaram ao topo dos atendimentos com 24,9% das reclamações entre os associados. Confira o quadro comparativo abaixo:



5. O principal tema abordado pelos associados do Idec sobre planos de saúde **são dúvidas e reclamações a respeito de reajustes abusivos (27,4%), predominantemente de planos coletivos**. As demais reclamações abrangem principalmente negativa de cobertura, com 16,2%, e problemas relacionados à falta de informação, com 13,1%<sup>3</sup>.

6. Ou seja, os planos de saúde representam uma das relações de consumo mais reclamadas ao Idec. O reajustamento dos planos coletivos, por sua vez, compõe uma porcentagem significativa na busca de orientações de consumo pelos associados.

7. Para além dos dados registrados no *ranking* do Idec, vale complementar com dados e análises da Área de Relacionamento com o associado, que realiza os atendimentos e tem contato contínuo com os consumidores.

8. Em 2022, foram recebidas 42 consultas sobre reajustes de planos de saúde, sendo 34 específicas sobre o reajustamento anual e 8 sobre reajuste por mudança de faixa etária. A partir dos relatos de consumidores e consumidoras, é possível identificar que as reclamações se concentram em 4 pontos principais:

- A. Alto percentual de reajuste;
- B. Incapacidade de pagar o valor da mensalidade após o reajustamento;
- C. Incidência do reajuste anual e do reajuste por idade no mesmo ano e
- D. Reajuste não informado no momento da contratação.

9. A partir da identificação destes quatro pontos principais, pode-se destacar os seguintes relatos dos associados:

- A. Os consumidores que são usuários de planos coletivos têm reclamado bastante do reajuste anual em 2022 (algumas operadoras aplicaram reajuste anual superior a 20%), mesmo com o reajuste acima de 10% em 2021;

<sup>3</sup> Problemas com planos de saúde voltam ao topo do ranking de atendimentos do Idec. <https://idec.org.br/release/problemas-com-planos-de-saude-voltam-ao-todo-do-ranking-de-atendimentos-do-idec>

- B. Além disso, foi possível identificar reclamações sobre o reajuste da penúltima e da última faixa etária, com porcentagens superiores a 80% - que, em diversos casos, impossibilitam a continuidade de pagamento do plano após o reajustamento;
- C. Com a incapacidade de continuar arcando com os custos do plano, há relatos de dificuldade de consumidores encontrarem planos interessantes para portabilidade, sobretudo quando os usuários são idosos; e
- D. Por fim, no que se refere à falta de informação básica sobre o reajuste, houve reclamações, sobretudo de associados que não receberam o contrato de adesão no momento da contratação e não tinham conhecimento do reajustamento por faixa etária. Tal particularidade é observada, em especial, nos contratos de mais de uma década.

### **III. Questões regulatórias relevantes**

10. A origem do mercado de planos de saúde no Brasil está na década de 1950, quando grandes empresas do setor industrial passaram a contratar tais planos para seus empregados. Durante a ditadura militar, cresceu também a possibilidade de contratação desses serviços para funcionários públicos, com destaque para trabalhadores de empresas estatais, originando as chamadas autogestões ligadas à grandes empresas públicas, por exemplo, a Caixa de Assistência de Funcionários do Banco do Brasil e a Assistência Médica Multidisciplinar da Petrobrás.

11. O mercado nasce, assim, intrinsecamente associado ao mundo laboral, com predominância de contratos empresariais<sup>4</sup>. Com a recessão econômica dos anos 1980, a redução das contratações entre Estado e essas empresas aumentou a “oferta direta” de planos para usuários, ou seja, sem uma empresa contratante que intermediasse essa relação, correspondendo ao contemporâneo contrato individual<sup>5</sup>.

12. Dessa forma, o mercado possui uma divisão fundamental em dois produtos: planos individuais ou familiares e planos coletivos. Os primeiros estão submetidos à regulação de aumentos de preço da ANS, que anualmente define um percentual máximo de reajuste, bem como contam com vedação à rescisão contratual imotivada por parte da operadora.

13. Já os planos de saúde coletivos, oferecidos por meio de contratos que contêm pelo menos um intermediário entre o consumidor final (pessoa física) e a operadora, não contam com essas proteções.

14. Essa divisão de tratamento regulatório vem gerando um fenômeno conhecido como falsa coletivização<sup>6</sup>, em que operadoras de planos de saúde tentam evitar a regulação e a lei, ofertando planos de saúde na modalidade coletiva, com características econômicas de contratos individuais.

<sup>4</sup> Para mais informações sobre o surgimento desse mercado: BAHIA, L.; SCHEFFER, M. *Planos e Seguros de saúde*. O que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. São Paulo: Editora Unesp, 2010

<sup>5</sup>Idem .

<sup>6</sup> O Idec alerta para esse fenômeno há mais de 10 anos: <https://idec.org.br/em-acao/em-foco/proposta-da-ans-para-regular-planos-de-saude-coletivos-nao-elimina-focos-de-problemas-do-consumidor>

15. Famílias e pequenos grupos são atraídos pela mensalidade baixa inicialmente apresentada e pela facilidade em contratar um plano coletivo sem saber dos riscos de reajustes altos e, muitas vezes, abusivos. Essa operação geralmente ocorre por via de contratos coletivos por adesão e mais recentemente pelos contratos empresariais com MEI e CEI.

16. Uma das respostas da ANS a essas práticas foi a edição da Resolução Normativa nº 309, que obriga as empresas a agrupar os contratos de até 30 consumidores para calcular um índice único de aumento a todos, com o objetivo de diluir os custos. Porém, essa prática não impede a aplicação de altos reajustes, onerando demasiadamente os consumidores e concedendo vantagens excessivas às operadoras<sup>7</sup>.

17. Outra resposta da agência foi a edição da Resolução nº 195, de 14 de junho de 2009, que buscou definir com maior precisão quais são as pessoas jurídicas legítimas para contratar plano de saúde coletivo por adesão. Conforme inclusive reiterado por outros documentos da ANS, como o Entendimento da Diretoria de Fiscalização nº 2 de 2016, essa proposta busca evitar a falsa coletivização, ainda sobre o pressuposto de que contratos coletivos legítimos contêm paridade de poder de barganha entre a contratante e a operadora. De acordo com a regulação, os contratos coletivos por adesão são restritos a entidades com caráter profissional, sindical, classista ou setorial.

18. Também merece atenção um outro agente de mercado inserido na regulação da agência: as administradoras de benefícios. Essas entidades são intermediárias entre as pessoas jurídicas contratantes e as operadoras. A agência regulou sua atuação tanto na RN 195, mas principalmente na RN nº 196 de 14 de julho de 2009. Sua participação se dá tanto como apoio de gestão (administração de pagamentos, mudança de rede assistencial, negociação e reajuste etc.) quanto como estipulante do contrato, situação em que assume inclusive o risco pela inadimplência.

19. A ANS justifica sua atuação parcial na regulação de planos coletivos em uma interpretação restritiva da lei 9.656/98, cujo artigo 13 dispõe que:

“Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 20010)

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, **sendo vedadas:**

I - a recontagem de carências;

II - **a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato**, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.” (grifos nossos)

<sup>7</sup> Nesse sentido, uma pesquisa do Idec realizada em 2013, apurou que reajustes nestes contratos ultrapassavam, em média, os 20%. Pesquisa Idec “Reajustes de planos de saúde de pequenos grupos superam 20%”. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/seu-dinheiro/reajustes-de-planos-de-saude-de-pequenos-grupos-chegam-a-20/>>

20. Segundo a interpretação da ANS sobre esse artigo, a vedação ao cancelamento do contrato sem motivo pela empresa só se aplicaria aos usuários de planos individuais. Além dessa proteção, a ANS também regula o reajuste anual, fixando um teto para o aumento dos planos individuais. O fundamento para regulação do reajuste está no art. 4º, inciso XVII da lei de criação da ANS:

“XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda” (grifos nossos)

21. Como é possível verificar nestes artigos, embora de fato o art. 13 da lei 9.656/98 seja explícito quanto à vedação da rescisão ou suspensão contratual nos planos individuais, o mesmo não ocorre com relação à regulação do reajuste que, pela lei de criação da ANS, **aplica-se a planos individuais e coletivos**. Tanto é assim que, em setembro de 2020, a Agência determinou a suspensão dos reajustes anuais e por faixa etária dos planos coletivos e individuais.

22. Além disso, mesmo que a Lei de Planos de Saúde proíba o cancelamento imotivado apenas para os planos individuais, a lei de criação da ANS prevê competências para estender essa proibição também para os planos coletivos, como a que vemos no art. 4º, incisos II e XXXII.

23. Isso, inclusive, já vem sendo feito parcialmente pela ANS, que em uma normativa sobre planos de saúde contratados por microempreendedores individuais, a RN nº 432/18, prevê que o plano de saúde só poderá fazer o cancelamento imotivado no mês de aniversário do contrato, com aviso de 60 dias. Isso, a grosso modo, é determinar em quais momentos a iniciativa privada pode ou não exercer a liberdade de rescindir o contrato.

24. Além disso, a ANS se vale da premissa já mencionada de que nenhuma das partes em contratos coletivos de planos de saúde está em situação de vulnerabilidade negocial. De acordo com o entendimento da Diretoria de Fiscalização:

“2. Nesse contexto, deve ser ressaltado que o vínculo do plano coletivo é realizado entre uma Operadora de planos privados de assistência à saúde ou Administradora de Benefícios e uma pessoa jurídica, que representa os interesses de uma coletividade de pessoas pertencentes à determinada classe ou categoria.

3. Com base nessa premissa, a ANS vem se posicionando no sentido de que os planos de natureza coletiva devem ficar à margem de determinadas questões relevantes da regulação setorial, eis que os interesses do grupo seriam menos desequilibrados em comparação a um indivíduo isolado, que contrata um plano de natureza individual.”<sup>8</sup>

25. Contudo, essa afirmação não encontra respaldo na evidência empírica ou científica disponível, como se verá a seguir.

#### **IV. Poder de barganha: inexistem evidências**

<sup>8</sup> ANS; Entendimento DIFIS n. 2 de 2016, disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=entendimento&task=TextoLei&format=raw&id=MzIzNA==>>

26. A questão do poder de negociação alegada pela agência já foi específica e exaustivamente colocada em xeque pelo Tribunal de Contas da União (TCU). O Acórdão 679/2018<sup>9</sup> do TCU foi feito a partir de uma auditoria realizada com a premissa de avaliar as ações da ANS referentes aos reajustes dos planos privados de assistência suplementar à saúde, abrangendo os planos individuais e coletivos, e identificar oportunidades de melhoria. Essa auditoria se propôs a responder um conjunto de perguntas **sobre a efetividade da regulação da ANS na contenção da prática de preços e reajustes abusivos** no mercado de saúde suplementar.

27. Em relação ao poder de negociação entre entidades contratantes de planos coletivos e operadoras de planos de saúde, o relatório se vale de duas referências: a própria ANS e a opinião de especialistas na temática de Direito do Consumidor. Em relação à ANS, um elemento que indica maior poder seria o próprio tempo de negociação. Na visão da agência, isso serviria de parâmetro para indicar que contratantes com maior número de vidas possuiriam maior poder de barganha por desenvolverem processos de negociação mais longos com as operadoras.

28. A ideia é utilizada na comparação entre o tempo de negociação em reajustes de planos coletivos de até 30 vidas e planos coletivos de mais de 30 vidas. Já a opinião especialista aponta, de forma genérica, quatro vulnerabilidades típicas: técnica, jurídica, fática e informacional.

29. O acórdão desenvolve o argumento em duas delas: **técnica e informacional. Tecnicamente, a contratante precisaria de recursos para realizar cálculos atuariais que levassem à formação do preço inicial e do reajuste.** A operadora necessariamente dispõe dessa capacidade, uma vez que ela fundamenta sua Nota Técnica de Registro de Produtos em estudos dessa natureza. Já em relação à contratante, não é razoável presumir que possua, por exemplo, profissional habilitado para tal ou serviço contratado nesse sentido, de modo que a equalização da assimetria de informações aqui descrita implicaria em custo adicional para si.

30. Já em relação à vulnerabilidade informacional, concentra-se na **impossibilidade de acesso pleno às informações sobre a sinistralidade do período, isto é, a um detalhamento de todos os eventos (“sinistros”) que fundamentam o reajuste por parte da operadora.** Essa assimetria poderia ser resolvida, por exemplo, pela apresentação de uma tabela detalhada pela operadora com todos os eventos, unidades de saúde, preços etc., preservando sempre a privacidade dos usuários.

31. A ANS alega que a obrigatoriedade de apresentação das planilhas já está prevista em normativa, contudo, ações recentes do Procon SP ilustram como **essa não é uma realidade das práticas de mercado**<sup>10</sup>.

32. De fato, em 2012, o Procon SP, após receber reclamações de diversos consumidores, abriu investigação contra cinco operadoras de planos de saúde, solicitando as planilhas de cálculo que justificassem a prática dos referidos reajustes. Tais informações foram recusadas por **TODAS** as operadoras investigadas, sob o argumento de que o Procon não seria órgão

<sup>9</sup> <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/reajuste-dos-planos-de-saude.htm>

<sup>10</sup> <http://www.portal.pge.sp.gov.br/pge-obtem-liminar-que-beneficia-consumidores-de-planos-de-saude/>

competente para solicitar tal informação. Quando olhamos para o Decreto Estadual nº 41.170/96, vemos que ele estabelece as seguintes competências à Fundação:

“Artigo 4.º - Para a consecução de seus objetivos, deverá a Fundação:

I - planejar, coordenar e executar a política estadual de proteção e defesa do consumidor atendidas as diretrizes da Política Nacional das Relações de Consumo;

**II - receber, analisar, encaminhar e acompanhar o andamento das reclamações, consultas, denúncias e sugestões de consumidores ou de entidades que os representem;**

III - prestar aos consumidores orientação sobre seus direitos;

IV - divulgar os direitos do consumidor pelos diferentes meios de comunicação e por publicações próprias e manter o cadastro de reclamações atualizado e aberto à consulta da proteção;

**V - promover as medidas judiciais cabíveis, na defesa e proteção dos interesses coletivos, difusos e individuais homogêneos dos consumidores;**

VI - representar aos poderes competentes e, em especial, ao Ministério Público, sempre que as infrações interesses individuais ou coletivos dos consumidores assim o justificarem;

VII - solicitar, quando necessário à proteção do consumidor, o concurso de órgãos e entidades da administração direta ou indireta;

VIII - incentivar a criação e o desenvolvimento de entidades civis de defesa do consumidor, comprovadamente sem fins lucrativos;

IX - incentivar a criação e o desenvolvimento de entidades municipais públicas de defesa do consumidor;

X - desenvolver programas educativos, estudos e pesquisas na área de defesa do consumidor;

**XI - fiscalizar a execução das leis de defesa do consumidor e aplicar as respectivas sanções;**

**XII - analisar produtos e inspecionar a execução de serviços, diretamente ou por meio de terceiros contratados, divulgando os resultados; e**

XIII - prestar serviços de orientação aos fornecedores de produtos e aos prestadores de serviços, quanto ao cumprimento das normas de proteção e defesa do consumidor.

33. Verifica-se, pois, que a recusa se deu de forma completamente equivocada e ao arrepio da lei e da regulamentação vigente, o que obrigou da Fundação Procon SP ajuizar diversas Ações Cíveis Públicas contra essas empresas. Chamamos a atenção para o fato de que se esse é o tratamento que se dá a um órgão governamental instituído em lei com competência para tal, é possível vislumbrar a omissão de informações que acontece na base, com contratantes coletivos e com o consumidor individualmente.

34. Frente a esse cenário de inequívoca assimetria de informação, poder econômico e conhecimento técnico, a conclusão do acórdão do TCU se consubstanciou em três recomendações para ANS, envolvendo **aumento da fiscalização sobre as informações oferecidas à agência** pelas operadoras, **revisão do teto do reajuste individual** - para evitar cômputo em duplicidade dos gastos associados à inclusão de novas tecnologias no rol de procedimentos e eventos -, e sugestão de **obrigar as operadoras a fornecer o índice detalhado de sinistralidade** aos consumidores.

35. Vale recordar, ainda, que a verificação do cumprimento de tais recomendações está em fase de análise no âmbito do TCU, nos autos do relatório de monitoramento de nº 039.246/2020-5.

36. Além do TCU, pesquisas do Idec e os próprios dados do painel de reajustes apontam para a inexistência de efetivo poder de barganha em uma boa parte dos contratos coletivos. Em 2021, o Idec realizou uma pesquisa analisando os reajustes praticados pelas cinco empresas mais reclamadas pelos associados da instituição no ano de 2020. A pesquisa<sup>11</sup> analisou a evolução dos reajustes de planos coletivos aplicados pelas operadoras mais reclamadas no Idec entre os anos de 2015 a 2021 em comparação com o teto dos planos individuais<sup>12</sup>. A tabela a seguir mostra os reajustes médios aplicados por cada operadora em planos coletivos ao longo dos últimos 7 anos em comparação com o teto dos reajustes de planos individuais.

**Tabela 1 - Comparação dos percentuais de reajuste anual médio de planos coletivos das cinco empresas analisadas**

Ano	SulAmérica	Amil	Bradesco	Unimed-Rio	Central Nacional Unimed	Reajuste individual
2015	16,22%	15,64%	17,40%	16,41%	18,42%	13,55%
2016	20,26%	17,74%	21,53%	18,83%	18,71%	13,57%
2017	19,01%	16,64%	20,82%	12,02%	20,30%	13,55%
2018	15,84%	15,22%	15,58%	16,62%	21,92%	10,00%
2019	13,96%	14,66%	12,97%	14,17%	14,95%	7,35%
2020	11,03%	10,80%	12,38%	14,55%	7,66%	8,14%
2021	7,84%	8,84%	8,95%	12,64%	6,43%	-8,19%

Fonte: Elaboração própria, utilizando dados da ANS

37. Juntas, as cinco empresas analisadas aplicaram em agosto de 2021 reajustes para 876.013 usuários, cerca de 1,79% do mercado de planos de saúde, hoje com aproximadamente 49 milhões de pessoas. Quatro das cinco empresas analisadas nesta pesquisa foram também indicadas como problemáticas no tema de reajustes por outras organizações, como o Procon-SP (caso da SulAmérica, Amil, Bradesco e Unimed Central Nacional).

<sup>11</sup> <https://idec.org.br/noticia/nova-pesquisa-do-idec-revela-planos-coletivos-fora-de-controle>

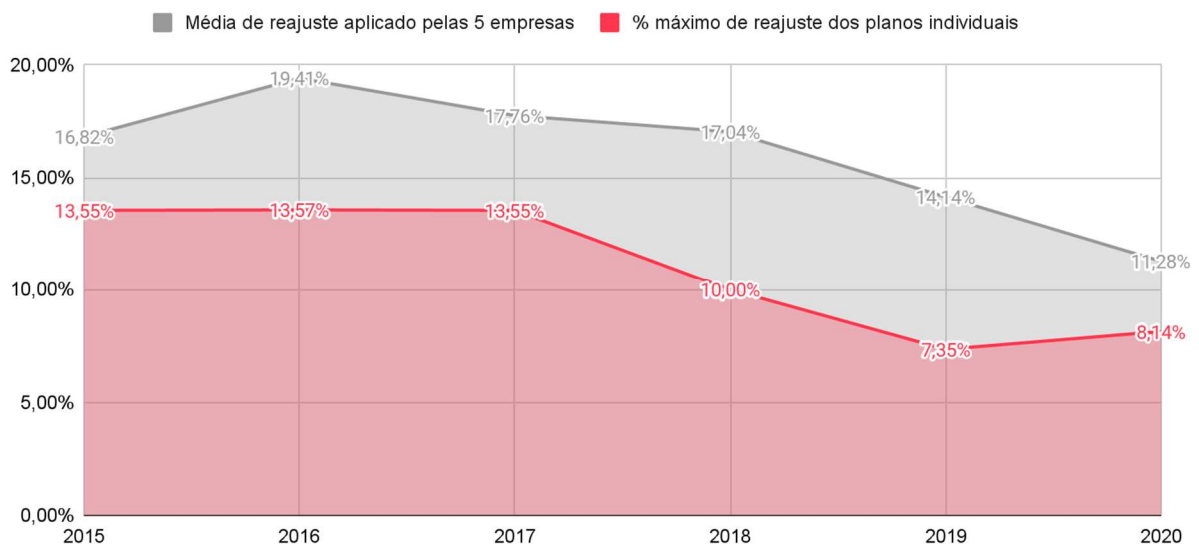
<sup>12</sup> Foram selecionadas as empresas SulAmérica, Bradesco Saúde, Amil, Unimed Central Nacional e Unimed Rio.

Os dados foram obtidos através da base de dados abertos da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Como a base, chamada de RPC, não identifica o nome das operadoras, mas sim o número de registro, este foi o critério de identificação utilizado para identificar os percentuais aplicados pelas operadoras: 006246 (SulAmérica), 005711 (Bradesco Saúde), 326305 (Amil), 339679 (Unimed Central Nacional), e 393321 (Unimed Rio). A coleta dos dados foi realizada no dia 31 de março de 2021 e atualizada no dia 24 de março de 2022, quando foram reunidas as planilhas dos reajustes aplicados nos meses de agosto dos anos de 2015 a 2021. A escolha do recorte temporal fora da janela comum de abril a maio se justifica por duas razões: (i) porque as informações referentes ao intervalo entre 2020 e 2021 não estavam disponíveis de forma completa no RPC no momento da coleta (março de 2021); e (ii) pela necessidade de verificar percentuais aplicados no segundo semestre de 2020, cujos 12 meses anteriores, nos quais se baseiam as estimativas de custo do serviço, compreendem o período em que a pandemia já estava instalada no Brasil. Assim, a escolha de agosto como mês de aplicação do reajuste permitiu avaliar o comportamento dos percentuais cerca de cinco meses após o início da pandemia. Coletados os reajustes aplicados por estas cinco empresas, foram calculadas as médias de reajuste anual para cada um dos anos do período pesquisado (2015-2021), ponderadas pelo número de usuários da carteira. Como explicado na introdução, este percentual é referente ao reajuste, revisão ou manutenção incidente no valor da mensalidade que a contratante paga no período de aplicação informado, geralmente de 12 meses. Também foi calculado o número de usuários total da carteira de cada operadora em cada ano, mensurado no último dia útil do mês anterior à aplicação do reajuste. Esses reajustes foram comparados, por sua vez, com a evolução do teto dos planos individuais estabelecido pela ANS no período analisado.



38. Os planos coletivos das empresas pesquisadas apresentaram, em média, curvas de reajustes mais elevadas que as do teto dos planos individuais ou familiares. As que mais se destacaram nesse sentido foram a Bradesco e a Unimed Central Nacional. Considerando que em mais da metade do período analisado o teto dos planos individuais correspondeu aos valores médios do mercado de planos coletivos, pode-se dizer que os reajustes das empresas analisadas ficaram bem acima da média do mercado nos anos de 2015, 2016, 2017 e 2018. Veja no gráfico abaixo:

**Gráfico 1 - Evolução dos reajustes médios ponderados praticados pelas empresas pesquisadas em contratos coletivos, em comparação com a evolução do reajuste máximo para planos individuais (2015-2020).**



39. De 2019 em diante, com a nova metodologia de planos individuais, as diferenças entre os reajustes dos planos coletivos e os individuais continuaram. No ano de 2020, apenas a Unimed Central Nacional apresentou reajuste médio inferior ao reajuste dos planos individuais, enquanto as demais operadoras ficaram acima desse parâmetro.

40. Já no ano de 2021, a situação ficou ainda mais discrepante com a divulgação do reajuste de teto negativo para os planos individuais, índice histórico, mas que valeu apenas para 18,19% do mercado. Segundo a ANS, esse índice negativo para os planos individuais deveu-se à redução considerável da sinistralidade que a Covid-19 causou no país em 2020<sup>13</sup>.

41. Os planos de saúde economizaram consideravelmente neste período, tanto no mercado de planos individuais como no de coletivos, uma vez que houve redução do consumo e procura pelos serviços de saúde por temor de contágio. Contudo, a pesquisa mostrou que essa economia só foi repassada ao consumidor de plano individual. O mesmo não aconteceu para os planos coletivos. Comparando o teto do reajuste dos planos individuais com a média

<sup>13</sup> <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/boletim-covid-19-uso-do-plano-de-saude-ainda-e-menor-que-no-pre-pandemia-2>

calculada das 5 operadoras é possível identificar uma diferença de 17,13 pontos percentuais no ano de 2021.

42. Isso significa que os produtos com menos regulação (planos coletivos) apresentaram reajustes mais altos do que os produtos mais regulados (planos individuais). Assim, ao menos para as empresas pesquisadas, a regulação funciona como um limitador do aumento de ganhos da empresa. Em outras palavras, as operadoras aplicam reajustes maiores nos cenários em que podem fazê-lo. **Esse resultado coloca em xeque as premissas regulatórias da ANS, segundo a qual em contratos coletivos há maior poder de barganha, tendendo a reajustes mais baixos. A regulação, nesta pesquisa, teve efeito mais nítido na produção de reajustes mais baixos.**

43. Esses dados encontram respaldo nas informações disponibilizadas pela ANS em seu painel de precificação<sup>14</sup> e no de reajustes. Em atendimento à recomendação do TCU, a ANS passou a disponibilizar, desde 2021, um painel com os reajustes praticados em contratos coletivos, por modalidade e por tamanho (acima ou abaixo de 30 consumidores)<sup>15</sup>. A análise dos reajustes praticados demonstra que aqueles aplicados em contratos coletivos empresariais de até 30 consumidores, e os contratos coletivos de adesão, apresentam reajustes muito elevados. Nesse sentido, estudos e documentos realizados pela GEFAP da ANS já davam conta do fenômeno desde 2017<sup>16</sup>.

"Prosseguindo com a análise do comportamento dos reajustes médios acumulados dos contratos de planos coletivos, evidenciaremos a seguir a diferença de comportamento entre planos coletivos empresariais e por adesão. A Tabela 4 abaixo demonstra comportamentos inversos entre estes dois tipos de plano, uma vez que o reajuste médio acumulado dos contratos empresariais reduz-se com a ampliação do número de vidas do pool considerado e **o reajuste médio acumulado dos contratos por adesão aumenta em função do acréscimo de beneficiários no pool, o que contraria a lógica esperada**" (p. 3) (grifo nosso) (...)

"A conclusão que se chega é de que não se pode definir uma tendência de acréscimo ou redução dos reajustes entre as faixas e, o principal, observa-se para faixa de contratos com mais de 10.000 beneficiários, que concentra cerca de 20% dos beneficiários desta modalidade, **que o reajuste médio de 21,69% destoa completamente dos reajustes médios calculados para as demais faixas**" (p. 4) (grifo nosso) (...)

"Portanto, a intervenção relacionada à ampliação do número de beneficiários para fins de agrupamento e aplicação de reajuste único em contratos de planos coletivos por adesão é justificada pelos seguintes motivos: a) Com base em dados do sistema RPC e demonstrado na Tabela 5 acima, apenas 3,57% dos beneficiários estão vinculados a contratos que devem ser agrupados obrigatoriamente para fins de reajuste único, nos termos da RN nº 309/2012; b) A maior concentração de beneficiários e o maior percentual de reajuste médio em planos coletivos por adesão acontece na faixa de contratos com mais de 10.000 vidas, **contrariando a ideia de que as pessoas jurídicas contratantes possuem maior poder de barganha em contratos com grande número de vidas**".

44. É importante lembrar que esses contratos coletivos de adesão têm ainda um intermediário a mais: as administradoras de benefício, que atuam ora como auxiliares em atividades administrativas, ora como estipulantes (contratantes) ou gestoras das carteiras, sem, até hoje, termos clareza de qual é a fonte de remuneração de suas atividades.

<sup>14</sup> <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-atualiza-dados-do-painel-de-precificacao>

<sup>15</sup> <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-divulga-painel-com-dados-sobre-reajuste-de-planos-coletivos>

<sup>16</sup> [https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/http-answeb-producao-administrador-9c990ba54f978eb173ed9241dfce1a20/10/ap10\\_nt2013\\_propostas\\_reajustes\\_planos\\_coletivos.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/http-answeb-producao-administrador-9c990ba54f978eb173ed9241dfce1a20/10/ap10_nt2013_propostas_reajustes_planos_coletivos.pdf)

45. Esses resultados de pesquisa, informações e constatações se conjugam para demonstrar de forma incontestável os seguintes fatos: (i) A evidência empírica disponível indica que **não há efetivo poder de barganha entre contratantes de planos coletivos e operadoras** de planos de saúde; (ii) a regulação de planos coletivos está, portanto, baseada em **premissa equivocada, produzindo regulação viciada e parcial**; (iii) tal regulação parcial tem produzido resultados perniciosos, no sentido de **práticas de mercado de reajustes elevados**; (iv) como neste mercado há grande resiliência - ou seja, o consumidor resiste ao máximo sair do plano considerando a relevância do serviço - , o que ocorre é o aumento da **extração máxima de valor do serviço**, deixando as pessoas consumidoras cada vez mais vulneráveis.

46. Por fim, esse cenário evidencia ainda uma outra necessidade: a de desenvolvimento de pesquisas qualitativas, que avaliem as dinâmicas de poder nas negociações de reajustes envolvendo contratantes, administradoras de benefícios e operadoras, segmentados por contratos de adesão, empresariais ou MEI.

#### **V. Rescisão Contratual imotivada: um direito mal utilizado pelas empresas**

47. Como tratamos em completude dos reajustes de planos coletivos, trataremos agora das implicações para o consumidor residentes na ampla liberdade, hoje conferida pela ANS, para a rescisão contratual desses planos. O livre cancelamento é um instrumento utilizado muitas vezes para a eliminação de carteiras pouco rentáveis, idosas ou adoecidas. Nos planos individuais esse descarte simples não é possível - o que protege o consumidor de ter seu contrato rescindido porque adoeceu. A vedação do cancelamento imotivado é importante, portanto, para evitar o chamado expurgo - eliminação das carteiras pouco rentáveis.

48. Não raras vezes, especialmente em contratos coletivos pequenos, em que há pouco ou nenhum poder de barganha e o ônus da rescisão é muito pequeno para a empresa de planos de saúde, estas rompem o contrato uma vez identificados casos de doenças custosas e caras, promovendo uma seleção posterior dos usuários e carteiras saudáveis, em detrimento dos usuários e carteiras envelhecidos e adoecidos.

49. Essa prática, cabe dizer, é abusiva nos termos do art. 51 CDC e da Lei nº 9.656/98, bem como ofende o princípio de mutualismo que permeia este mercado, porque promove a seleção do risco em detrimento do direito à saúde, ou seja, permite que a operadora, uma vez identificadas carteiras com muitos tratamentos custosos, possa se abster prestar a assistência à saúde uma vez descoberta a doença de seus usuários.

50. O art. 51 deste Diploma Legal, em seu inciso IV, dispõe que são nulas de pleno direito as cláusulas que estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que: [...] IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade.

51. Ainda, no inciso II de seu § 1º, dispõe que se presume exagerada, entre outros casos, a vantagem que restringe **direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual.**<sup>18</sup>

52. Considerando que o objeto do contrato firmado entre beneficiário e operadora é justamente a assistência à **saúde**, resta evidente a desvantagem exagerada quando o contrato de plano de saúde é cancelado de maneira unilateral ou enquanto o consumidor é submetido a tratamento de saúde. Em outras palavras, é abusivo que o contrato seja cancelado **antes que cumpra com sua finalidade.**

53. Não se pode admitir que a rescisão do contrato de saúde, cujo objeto, frise-se, não é mera mercadoria, mas bem fundamental associado à dignidade da pessoa humana, por decisão exclusiva da operadora, venha a interromper a continuidade da avença, colocando em risco a vida, a integridade e a dignidade do consumidor.

54. Não bastasse isso, há ainda fundamento jurídico e regulatório para a necessidade de uma política que se endereça aos cancelamentos imotivados. A ANS justifica sua atuação parcial na regulação de planos coletivos em uma interpretação restritiva da lei 9.656/98, cujo artigo 13 dispõe que:

“Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

I - a recontagem de carências;

II - **a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato**, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular” (grifo nosso)

55. Segundo a interpretação da ANS sobre esse artigo, a vedação ao cancelamento do contrato sem motivo pela empresa só se aplica aos usuários de planos individuais. Além dessa proteção, a ANS também regula o reajuste anual, fixando um teto para o aumento dos planos individuais. O fundamento para regulação do reajuste está no art. 4º, inciso XVII da lei de criação da ANS:

“XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda ”

56. Como se pode verificar nesses artigos, embora de fato o art. 13 da lei 9.656/98 seja explícito quanto à vedação da rescisão ou suspensão contratual nos planos individuais, o

<sup>18</sup> Art. 51 [...] § 1º Presume-se exagerada, entre outros casos, a vantagem que [...] II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual.

mesmo não ocorre com relação à regulação do reajuste que, pela lei de criação da ANS, se aplica a planos individuais e coletivos.

57. Além disso, mesmo que a lei de planos de saúde proíba o cancelamento imotivado apenas para os planos individuais, a lei de criação da ANS prevê competências para estender essa proibição também para os planos coletivos, como a que vemos no art. 4º, incisos II e XXXII. Isso inclusive já vem sendo feito parcialmente pela ANS, que em uma normativa sobre planos de saúde contratados por microempreendedor individual, a RN nº 432/18, prevê que o plano de saúde só poderá fazer o cancelamento imotivado no mês de aniversário do contrato, com aviso de 60 dias. Isso, a grosso modo, é determinar em quais momentos a iniciativa privada pode ou não exercer a liberdade de rescindir o contrato.

58. É preciso que a ANS endereça essa questão, considerando que a liberdade de cancelar e aumentar se conjuga para a produção de um mercado de poucas opções, no qual o contratante possa ir.

59. Em conclusão, aos problemas elencados no item 44 se somam também a liberdade ampla de rescindir, permitindo e abrindo brechas para que as empresas possam excluir carteiras adoecidas.

## **VI. Impactos no Poder Judiciário**

60. Uma questão ainda pouco explorada pela reguladora, é o impacto da regulação parcial nas práticas cotidianas adotadas pelas empresas, os conflitos gerados a partir daí e suas consequências para uma das vias mais tradicionais para resolução de conflitos no país: o Judiciário. O Idec entende não ser por acaso a grande quantidade de ações que tramita hoje na Justiça, tendo como objeto a reparação de danos causados pela má qualidade ou ausência de atendimento, rescisões unilaterais de contrato e aumentos abusivos nos reajustes das mensalidades<sup>19</sup>.

61. Em 2013, o Idec realizou uma pesquisa sobre decisões judiciais em processos envolvendo o reajuste anual e por sinistralidade nos planos de saúde coletivos de 2005 a 2013. Em 97 ações (82%) os magistrados decidiram pelo afastamento do reajuste, ou seja, o consideraram abusivo. A média desses reajustes foi de 81,1%.

62. Em 2017, o Idec realizou nova pesquisa que analisou decisões de 2014 a 2017, com 113 decisões de 11 tribunais. Os resultados indicaram **a manutenção da tendência de identificar abusividades nos reajustes praticados**. A média dos reajustes questionados em instância judicial foi de 89%, e em 75% dos casos o Judiciário afastava o reajuste, dando ganho de causa ao consumidor<sup>20</sup>. Dentre os motivos para a consideração do reajuste abusivo, três se destacaram: Cláusulas de reajuste vagas ou com fórmulas indecifráveis; Falta de provas da justificativa do aumento (alegação de aumento da sinistralidade, mas sem a juntada das

<sup>19</sup> Trettel DB, Kozan JF, Scheffer MC. Judicialização em planos de saúde coletivos: efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. Rev. Direit. Sanit. São Paulo. 2018; 19(1):166-187.

<sup>20</sup> <https://idec.org.br/pesquisa-do-idec/plano-de-saude-coletivo-justica-suspende-reajuste-em-75-dos-casos>

planilhas correspondentes); e expressividade do percentual. Uma combinação de ao menos duas dessas três justificativas apareceram nas decisões.

63. Esses achados encontram correspondência na literatura disponível sobre o tema. Para Andrietta (2022):

“No caso dos reajustes anuais por sinistralidade, destacam-se argumentos, frequentemente utilizados, de que as cláusulas contratuais não são claras e compreensíveis para o consumidor, ou que mesmo na existência de regras, a operadora não foi capaz de demonstrar no decorrer do processo a necessidade de reajustes para manutenção do equilíbrio financeiro do contrato. Em ambos os casos, admite-se que os percentuais de reajuste aplicados sejam considerados abusivos ou desarrazoados”<sup>21</sup>.

64. Essa pesquisa, realizada com dados da ANS e publicada em 2022, identificou ainda (i) o crescimento do fenômeno dos “falsos coletivos”, associado à gradual redução dos planos individuais, bem como que (ii) tais contratos “permitem às operadoras burlar aspectos relevantes da regulação do setor, impor reajustes superiores e, quando reclamadas judicialmente, escamotear a legislação consumerista”<sup>22</sup>.

65. Trettel, Sheffer e Kozan apontaram, em 2018, que no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, houve aumento na judicialização da saúde suplementar em relação à pública. A pesquisa analisou 4.059 ações relacionadas a contratos coletivos de planos de saúde, ajuizadas no Município de São Paulo nos anos de 2013 e 2014. Identificou-se no estudo que os principais problemas judicializados são exclusão de coberturas, manutenção do aposentado no contrato coletivo e reajuste de mensalidade de idosos por mudança de faixa etária e por aumento de sinistralidade.

66. A pesquisa concluiu existir um forte componente regulatório na causa raiz da judicialização na saúde suplementar, bem como que a regulação e a jurisprudência seriam desarmônicas:

**“A ANS optou por regular apenas timidamente os contratos coletivos de planos de saúde, assim como persistem os problemas estruturais de regulação do setor.** Além disso, a agência é refratária à incorporação, em sua regulamentação, dos entendimentos jurisprudenciais e dos ditames do Código de Defesa do Consumidor” (p. 184) (grifo nosso).

67. Para esses autores, a opção regulatória da ANS de não tratar de forma abrangente e direcionada os planos coletivos têm gerado judicialização nesses casos. Para se ter uma ideia, as decisões judiciais que tratam de política de preços e reajustes de planos individuais são de extrema minoria no Poder Judiciário. Verifica-se, pois, que essa política regulatória é bem sucedida não apenas no mundo prático, como também evita judicialização no mundo jurídico.

68. De outro lado, no caso dos planos coletivos, a política de rescisão, de um lado, e as políticas de preço e reajuste, de outro, são motivos de intensa judicialização, o que nos permite, assim, concluir, que a solução para problemas de preço e reajustes passam necessariamente pela regulação de planos coletivos, observada suas peculiaridades.

<sup>21</sup> Andrietta, L. S. (2022). Falsa coletivização de planos de saúde: expansão, reajustes e judicialização (2014-2019). *Revista De Direito Sanitário*, 22(1), e0004. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2022.177216>

<sup>22</sup> Idem.

69. Há ainda um outro fenômeno pouco explorado, que é o da fragmentação contratual, que decorre da falsa coletivização. A fragmentação, em que são cada vez mais comuns contratos “coletivos” pequenos, de cinco ou menos consumidores, diminui a possibilidade de diluição do risco do adoecimento, produzindo, em teoria, reajustes mais elevados. Já a falsa coletivização, além de possivelmente caracterizar fraude em alguns casos, descaracteriza uma relação muito assimétrica e marcada pela vulnerabilidade dos contratantes com PJ, que são claramente pessoas físicas, mas não contam com a mesma proteção dos planos individuais, desenhada exatamente para proteger pessoas físicas.

**VII. Conclusão: É necessária uma Política Regulatória adequada para planos coletivos feita através de Resolução Normativa.**

70. Chegamos até aqui concluindo que, ao contrário do que fundamenta a regulação, e o que dizem as empresas e a ANS:

- (i) a evidência empírica disponível indica que **não há efetivo poder de barganha entre contratantes de planos coletivos e operadoras** de planos de saúde;
- (ii) a regulação de planos coletivos está, portanto, baseada em **premissa equivocada, produzindo regulação viciada e parcial**;
- (iii) tal regulação parcial tem produzido resultados perniciosos, no sentido de **práticas de mercado de reajustes elevados**;
- (iv) como neste mercado há grande resiliência - ou seja, o consumidor resiste ao máximo em sair do plano considerando a relevância do serviço - , o que ocorre é o aumento da **extração máxima de valor do serviço**, deixando as pessoas consumidoras cada vez mais vulneráveis;
- (v) a liberdade para rescindir unilateral e imotivadamente os contratos de planos de saúde, além de conferir poder de “expurgar” carteiras mais adoecidas, pode também contribuir para maior assimetria de poder na negociação de reajustes entre contratantes e operadoras.

71. Assim, a Agência pode e deve intervir no mercado para balizar melhor as negociações entre empregadores, sindicatos e associações, dando também maior transparência dessas barganhas para o consumidor. Essa iniciativa já foi identificada em discussões técnicas dentro da própria ANS. Em audiência pública realizada em julho de 2018 , a ANS disponibilizou material sobre a política de precificação e reajuste de planos, em que identifica comportamentos divergentes do agrupamento de contratos em planos coletivos empresariais e de adesão.

72. Dentre as diretrizes recomendadas pela Gefap estão:

- A) A Padronização das cláusulas de reajuste anual/por sinistralidade;
- B) O Aumento do agrupamento de contratos de 29 vidas para 100 nos planos coletivos empresariais;
- C) A aplicação de reajuste único para os contratos coletivos de adesão (agrupamento único); e
- D) O aperfeiçoamento das interfaces de divulgação de reajustes entre operadoras, contratantes e consumidores.

73. O Idec entende que a essas diretrizes devem ser agregadas outras:

- E) A agência precisa, urgentemente, estabelecer um parâmetro de razoabilidade para os aumentos de preços de planos coletivos, observando as particularidades dos planos coletivos empresariais acima e abaixo de 30 consumidores, os planos coletivos de adesão e os planos coletivos MEI, conjugando as normativas já existentes sobre o tema numa única resolução normativa para tratar a matéria;
- F) Tornar obrigatória a apresentação do contrato coletivo na integralidade para o consumidor de plano empresarial e fiscalizar esse cumprimento;
- G) Garantir por meio de fiscalização e aplicação de multa severa o cumprimento da entrega das planilhas de cálculo de sinistralidade a consumidores individuais, entidades contratantes e entidades de Defesa do Consumidor;
- H) Garantir ao consumidor final o acesso às planilhas de sinistralidade se dê de maneira clara e fácil de entender (e não apenas relatórios resumidos de consultorias atuariais);
- I) Monitorar e combater o fenômeno da fragmentação dos contratos (quantidade maior de contratos coletivos pequenos) e da falsa coletivização, fomentando as contratações de planos individuais, e não enfraquecendo-a;
- J) Parear a regulação dos planos coletivos MEI e planos coletivos empresariais abaixo de 30 consumidores com a regulação dos planos individuais.

74. O Idec entende que, para a elaboração de uma normativa, os estudos realizados pela GEFAP até o momento são suficientes e a discussão já está madura, uma vez que acontece, há, no mínimo, 10 anos.

75. Ademais, para o futuro, e com vistas a sempre aprimorar a regulação, o Idec recomenda que a ANS realize uma Avaliação de Resultado Regulatório para as normativas de *pool* de risco, e a do plano MEI. Recomenda ainda que sejam realizados estudos de abordagem **qualitativa** que levantem evidência sobre as dinâmicas de poder entre contratantes e o papel das administradoras de benefícios neste mercado.

## VIII. **Encerramento**

76. Por tudo quanto exposto, considerando as avaliações anteriormente compartilhadas o Idec solicita:

- a. O recebimento da presente nota técnica, para as providências e análises pertinentes;
- b. A marcação de uma Audiência Pública para que o tema seja debatido com o setor, preferencialmente ainda no ano de 2023, considerando a maturidade da questão e a urgência da matéria; e
- c. Se V. Exas. entenderem pertinentes, este instituto se coloca à disposição para uma audiência consigo e outras entidades de Defesa do Consumidor, oportunidade em que poderá explicar maiores detalhes sobre as pesquisas e dados de atendimento do Instituto.



## IX. Glossário

77. Em atenção à vulnerabilidade técnica e informacional, e para tornar este documento e discussão mais acessíveis a pessoas consumidoras, apresentamos o seguinte glossário:

**Plano de saúde individual** – O Plano Privado de Assistência à Saúde Individual ou Familiar é aquele contratado diretamente entre a operadora e o consumidor. Sua contratação é livre para qualquer pessoa física. Está regulado pelas RNs 195/09 e 412/17.

**Plano de saúde coletivo de adesão** – O Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão é aquele que oferece cobertura à população delimitada por vínculo com pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial. Em outras palavras, é o plano de saúde contratado entre uma associação, sindicato ou entidade de classe e oferecido para os membros associados, sindicalizados ou corporativos. Está regulado pela RN 195/09.

**Plano de saúde coletivo empresarial** – O Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial é aquele que oferece cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, podendo incluir ainda outros trabalhadores, conforme previsão contratual (ex: sócios e estagiários). Em outras palavras, é um plano de saúde contratado entre pessoas jurídicas e operadoras para oferta de planos de saúde a seus empregados e dependentes, enquanto benefício trabalhista. Está regulado na RN 195/09.

**Plano de saúde “coletivo” para empresário individual (Plano MEI)** – plano de saúde contratado por pessoa física que realiza atividade econômica, com CNPJ e seu grupo familiar ou de funcionários. Regulado pela RN 432/17. Nesses planos a operadora só pode cancelar no aniversário do contrato e após notificação com antecedência de 60 dias. Além disso, o reajuste tem de se dar por agrupamento de contratos, nos termos da RN 309/12.

**Plano de saúde coletivo de até 30 vidas** – plano de saúde coletivo, que contém até 30 consumidores. Diferenciam-se dos outros coletivos pela regra de que a aplicação de seu reajuste deve ser única para todos os contratos de até 30 vidas de uma mesma operadora, nos termos da RN 309/12. Essa prática é chamada de agrupamento de contratos e no caso desses planos é obrigatória. O pressuposto econômico por trás dela é o agrupamento para diluição de risco.

**Agrupamento ou Pool de risco** - o agrupamento, também chamado de “pool de risco” é mencionado no contexto da ANS especificamente para o agrupamento de contratos de até 30 consumidores. Essa ideia, no entanto, está na base do sistema securitário e implica em contribuições periódicas por vários agentes econômicos para um fundo comum, de modo que se possa custear eventos adversos (sinistros). Quanto mais agentes em um mesmo fundo, por exemplo, mais usuários em um seguro de saúde, mais se dilui o risco de arcar com os custos do evento adverso. O agrupamento também pode ser feito por administradoras de benefício, por exemplo, que juntam contratos de pessoas jurídicas diversas em uma só carteira, de modo a, em teoria, diluir ainda mais o risco.

**O reajuste anual** tem por objetivo repor a inflação do período. Nos contratos individuais ou familiares, o reajuste anual é previamente aprovado pela ANS, devendo respeitar o percentual máximo definido pela Agência e estar claramente previsto no contrato. Para fixar o teto, a

Agência, em 2018, alterou sua metodologia para considerar a variação das despesas com atendimentos de saúde de um ano para o outro, modulada por um fator faixa etária e um fator de produtividade<sup>23</sup>.

**O reajuste por mudança de faixa etária** ocorre de acordo com a variação de idade do beneficiário e tem regras definidas pela ANS para sua aplicação tanto para os contratos de planos individuais quanto os coletivos. Não será nosso foco nesse trabalho, mas o estudo mais profundo foi realizado em 2017, com relatório de pesquisa não divulgado.

**O reajuste por sinistralidade** é o aumento imposto pela operadora de planos de saúde sob a alegação de que o número de procedimentos e atendimentos (ou “sinistros”) cobertos foi maior do que o previsto em determinado período. E as operadoras costumam calcular a sinistralidade dentro de cada contrato. Já para o reajuste anual e de sinistralidade dos planos de saúde coletivos, não há exigência pela ANS de respeito ao teto por ela fixado, visto que a Agência pressupõe que as pessoas jurídicas possuem maior poder de negociação junto às operadoras, sendo desnecessária sua intervenção.

**Operadora de plano de saúde** é, de acordo com a Lei 9656/98, “pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato” de plano de saúde. As operadoras, excluindo-se as exclusivamente odontológicas, se apresentam de diferentes formas: seguradoras, medicinas de grupo, cooperativas médicas, entidades filantrópicas e entidades de autogestão.

---

<sup>23</sup> Cf. ANS; “Relatório de Análise de Impacto Regulatório – Política de preços e reajustes de planos de saúde” 2018. Disponível em:  
<[http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/audiencias\\_publicas/ap10/ap10\\_air\\_nova\\_metodologia\\_reajustes\\_planos\\_individuais.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap10/ap10_air_nova_metodologia_reajustes_planos_individuais.pdf)>