

Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados

Centro de Documentação e Informação

Coordenação de Biblioteca

<http://bd.camara.gov.br>

"Dissemina os documentos digitais de interesse da atividade legislativa e da sociedade."





COOPERATIVAS MÉDICAS E PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE À LUZ DA REGULAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Luciana Teixeira

Consultora Legislativa da Área IX

Política e Planejamento Econômicos, Desenvolvimento Econômico, Economia Internacional

ESTUDO

SETEMBRO/2009



Câmara dos Deputados
Praça 3 Poderes
Consultoria Legislativa
Anexo III - Térreo
Brasília - DF



SUMÁRIO

I. Características do Mercado de Saúde Suplementar.....	3
II. Mercado de Planos e Seguros de Saúde no Brasil.....	4
III. Cooperativas Médicas	9
IV. A regulação da Saúde Suplementar.....	13
V. Reajuste de preços dos planos de Assistência à saúde	14
VI - Resolução Normativa da ANS nºs 195, de julho de 2009, modificada pela RN nº 200, de agosto de 2009.....	18
VII – Considerações Finais.....	19
Referências Bibliográficas	22

© 2009 Câmara dos Deputados.

Todos os direitos reservados. Este trabalho poderá ser reproduzido ou transmitido na íntegra, desde que citadas a autora e a Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados. São vedadas a venda, a reprodução parcial e a tradução, sem autorização prévia por escrito da Câmara dos Deputados.

Este trabalho é de inteira responsabilidade de sua autora, não representando necessariamente a opinião da Câmara dos Deputados.

COOPERATIVAS MÉDICAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE À LUZ DA REGULAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Luciana Teixeira

I. CARACTERÍSTICAS DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A demanda por planos e seguros de saúde está correlacionada à demanda por assistência à saúde, bem como às incertezas relacionadas à saúde e à doença, as quais compreendem riscos financeiros. Por esses motivos, grande parte das falhas de mercado presentes no mercado de saúde suplementar decorre de características também presentes em outros mercados da área da saúde, como, por exemplo, no farmacêutico (baixa elasticidade da demanda pelos produtos, assimetrias de informação entre os atores participantes desses mercados, diferenciação de produtos por meio de marcas, entre outras), ressalvadas peculiaridades relativas ao funcionamento dos planos de saúde, as quais serão descritas a seguir.

A assimetria de informação entre pacientes, médicos e prestadores de serviços assume feições especiais no mercado de saúde suplementar. A presença de um terceiro pagador (em geral, a operadora ou a empresa que contrata serviços de saúde) faz com que o consumidor beneficiário de planos de saúde fique menos sensível a variações de preços (baixa elasticidade-preço da demanda). Nesse caso, pode haver sobre-utilização de serviços (risco moral). Outra possibilidade é que apenas indivíduos com grandes riscos de adoecer e, portanto, com maior probabilidade de gerar custos para as operadoras, tenham interesse em contratar planos de saúde (seleção adversa). Conseqüentemente, a pressão sobre custos seria repassada para os preços desses planos. Por fim, as operadoras, a fim de evitar essa situação, tentariam selecionar indivíduos de baixo risco (seleção de risco), por meio da restrição de segurar indivíduos com doenças pré-existentes e da imposição de limites de cobertura.

Estudo de Bahia et al. (2000), utilizando dados da PNAD 1998 chegou aos seguintes resultados sobre a presença de seleção adversa e de risco moral na demanda por planos de saúde no Brasil:

- “Seleção favorável” dos riscos: a proporção de pessoas vinculadas aos planos que consideram seu estado de saúde muito bom (28,5%) é mais alta do que a do total de cobertos exclusivamente pelo SUS (24,5%);

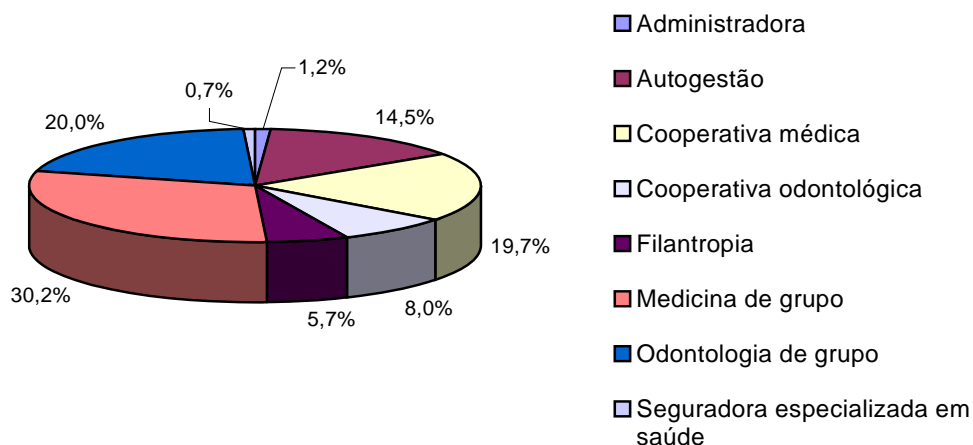
- Presença de risco moral: a utilização de serviços de saúde é muito mais intensa no segmento coberto por planos de saúde.

II. MERCADO DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE NO BRASIL

Cerca de 27% da população brasileira – o equivalente a 52,6 milhões de pessoas, das quais quase 78,6% encontram-se nas regiões Sul e Sudeste - está, atualmente, vinculada a uma das 1.525 operadoras de planos de saúde atuantes no setor (sendo 1.122 operadoras médico-hospitalares e 403 operadoras exclusivamente odontológicas), segundo dados da ANS de março de 2009.

As operadoras de planos privados de assistência à saúde são classificadas em quatro distintas modalidades - a medicina de grupo, a autogestão, a cooperativa médica e o seguro-saúde - e recebem subsídios do Estado sob a forma de renúncias fiscais e contributivas. O segmento de medicina de grupo congrega grandes operadoras - como a Sul América, Bradesco e outras - e abriga 30,2% das empresas registradas no Brasil, segundo dados da do Caderno de Informação da Saúde Suplementar da ANS, de junho de 2009, conforme mostra o Gráfico 1.

GRÁFICO 1. OPERADORAS EM ATIVIDADE, SEGUNDO A MODALIDADE – BRASIL, MAR./ 2009.



Em que pese o grande número de operadoras atuante no mercado brasileiro de planos e seguros de saúde, observa-se que o mercado é concentrado¹. Prova disso é que cerca de 30% dos clientes concentram-se em apenas catorze operadoras médico-hospitalares,

¹ Apesar do grande número de operadoras no mercado, observa-se redução do total de empresas, especialmente em anos recentes.

ou 1,2% do total de empresas em atividade no país, segundo dados da ANS de dezembro de 2006. Quando se consideram os planos individuais, essa realidade é ainda mais marcante: as quatro maiores empresas em âmbito nacional (mais de 100 mil beneficiários) detêm 95,9% do mercado, segundo a ANS.

Marcerá e Saintive (2004) afirma que:

“(...) operadoras pequenas tendem a ser mais frágeis, visto que possuem menos capital para garantir suas operações e têm menos condições de negociar preços com os prestadores de serviços; como forma de compensar as margens de lucro menores, oferecem serviços piores, nem sempre a um preço menor.”

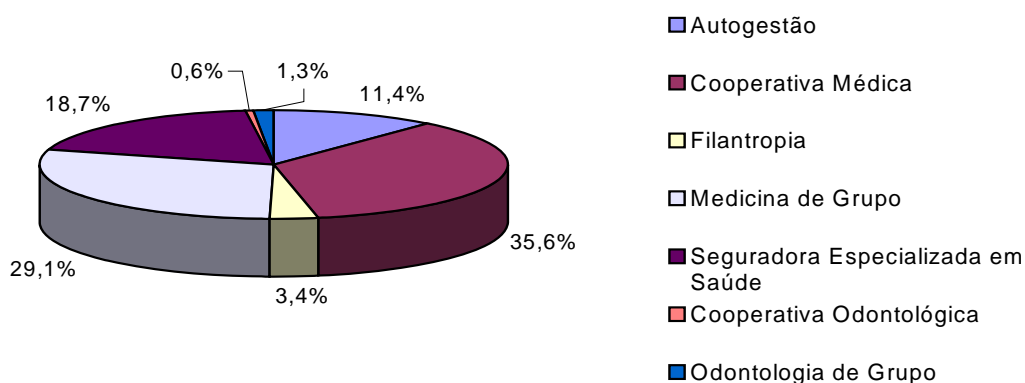
Nesse ponto, é oportuno tecer considerações acerca da correlação entre concentração – que, de fato, ocorre no mercado de planos de saúde – e poder de mercado das empresas integrantes desse ramo de atividade. No entendimento do CADE, SEAE e SDE, tal concentração não resulta em poder de mercado. A detenção de parcela do mercado pode estar relacionada, como mencionado acima, a custos reduzidos ou produtos de qualidade superior. Além disso, esses órgãos argumentam que as condições para o desenvolvimento da concorrência estão presentes nesse mercado: em que se pesem existirem diferenças operacionais, planos de assistência à saúde, grosso modo, são substitutos entre si e estratégias de diferenciação de serviços, apesar de existirem na prática, foram formalmente coibidas por meio da instituição do chamado Plano de Referência, tratado adiante.

Mesmo quando considerados esses aspectos, observa-se que o mercado de saúde suplementar no Brasil é pouco competitivo, principalmente quando se considera a importância da localização da empresa em um país de grandes dimensões. Vale-se, ainda, de práticas como a unimilitância – que consiste na exigência de exclusividade de prestação de serviços médicos - e de construção de clientela cativas, como no segmento de operadoras do tipo autogestão, para reforçar seu poder de mercado.

Quanto às receitas das operadoras – que no ano de 2008 foram de R\$ 59,1 bilhões – 35,6% foram obtidas pelas cooperativas médicas – cuja forma mais representativa são as UNIMEDs, seguidas, conforme pode ser visto no Gráfico 2, pelas empresas de medicina de grupo (29,1%). A modalidade de autogestão, por sua vez, abrange os planos próprios de empresas oferecidos a seus empregados, majoritariamente, pelas estatais. Há ainda as chamadas seguradoras especializadas em saúde², as filantrópicas e as referentes a planos odontológicos, conforme mostra a figura abaixo.

² As seguradoras especializadas em saúde foram definidas pela Lei 10.195, de 2001, a qual as submetem às regras comuns aos planos de saúde e veda sua atuação em qualquer outro ramo securitário.

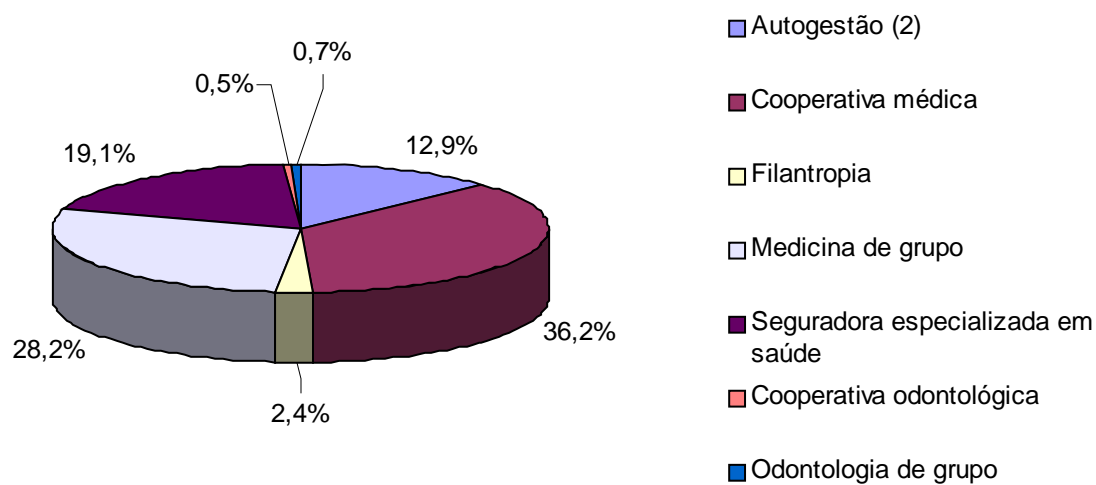
GRÁFICO 2. TOTAL DAS RECEITAS DE OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE POR MODALIDADE – 2008



Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar, junho de 2009, ANS.

Por seu turno, as despesas das operadoras foram, em 2008, da ordem de 47,2 bilhões de reais, sendo 46,6 bilhões de reais realizadas por operadoras médico-hospitalares e 556 milhões de reais por operadoras exclusivamente odontológicas. Do total de despesas das operadoras atuantes no mercado brasileiro de planos de saúde, as cooperativas médicas detêm a maior participação (36,2%), seguidas pela medicina de grupo (28,2%).

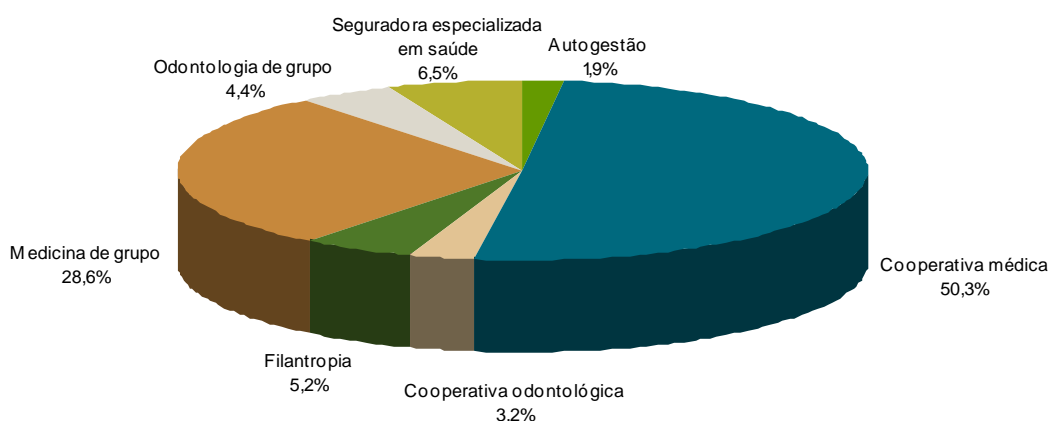
GRÁFICO 3. TOTAL DAS RECEITAS DE OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE POR MODALIDADE – 2008



Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar, junho de 2009, ANS.

Quando a variável analisada é o número de planos registrados por segmento, conforme pode ser verificado no Gráfico 4, dos 25.219 planos que estavam registrados na ANS em março de 2009, 50,3% eram de cooperativas médicas.

GRÁFICO 4 – PLANOS DE SAÚDE REGISTRADOS POR MODALIDADE DA OPERADORA - 2005



Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar, junho de 2009, ANS.

Os planos de saúde se classificam, ainda, segundo a forma de contratação. Os planos coletivos (empresarial ou por adesão) representam, hoje em dia, 53% do mercado de saúde supletiva e atendem a 39,5 milhões de brasileiros (80% dos beneficiários de planos). Dos planos coletivos, 55,2% são por adesão – aqueles que são intermediados por sindicatos e associações e não pelo empregador –, 43,9% são empresariais e o restante é qualificado como “empresarial+adesão”. Por sua vez, os planos individuais ou familiares têm representam, atualmente, apenas 47% desse mercado e atendem apenas 20% dos beneficiários.

Dados da ANS, de março de 2009, mostram que dos 52,6 milhões de beneficiários, 22,2% estão vinculados a planos anteriores à Lei 9.656, de 1998, que regulamenta o mercado de saúde suplementar no Brasil e, portanto, 77,7% estão atrelados a contratos novos ou adaptados à aludida lei.

Informações assistenciais do Caderno de Informação da Saúde Suplementar da ANS mostram que, em 2008, o setor foi responsável por 212 milhões de consultas médicas e 4,8 milhões de internações. O pagamento médio por consulta foi de R\$ 40,20, sendo as seguradoras as que melhor remuneraram esses serviços (R\$ 52,22), seguidas das cooperativas (R\$ 43,49).

III. COOPERATIVAS MÉDICAS

Conforme conceituado em estudo anterior elaborado por esta Consultoria³, “cooperativas médicas são exemplo de cooperativas de trabalho cuja finalidade é proporcionar aos seus membros melhores condições para exercer seu trabalho liberal”. Desta forma, há cooperativas médicas que se limitam a congregar profissionais que trabalham em um determinado estabelecimento ou de uma determinada especialidade médica, com o intuito de garantir melhor remuneração e condições de trabalho, e outras que atuam como operadoras de planos de saúde, como é o caso das Unimed. Este estudo se atém apenas à análise das Unimed.

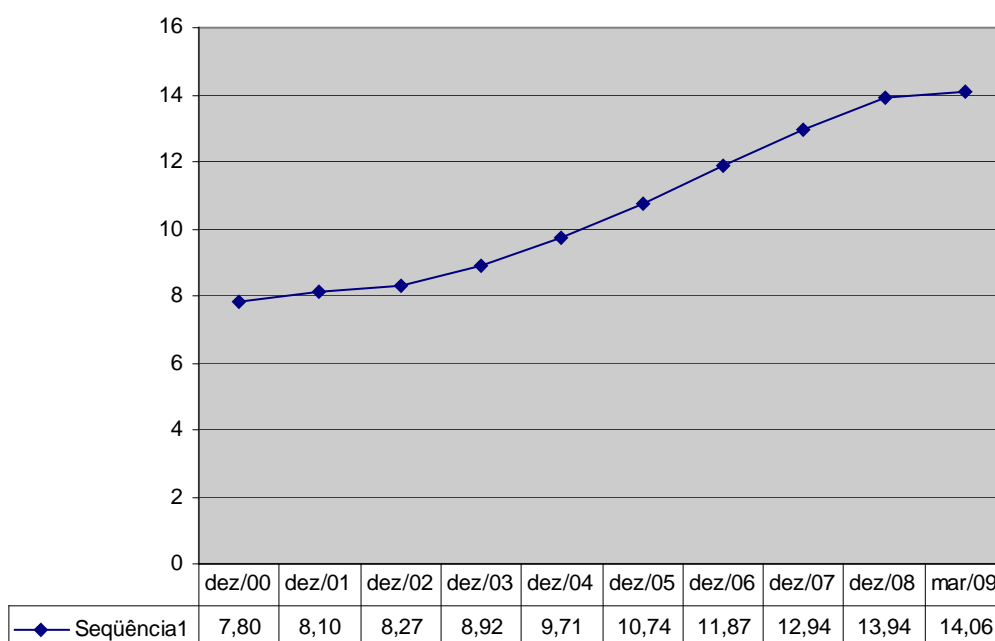
Em março de 2009, o sistema Unimed congregava 344 operadoras médico-hospitalares em atividade, sendo que 58,4% delas são de médio porte, quando considerado o número de beneficiários (de 5 mil a 50 mil beneficiários). Sua estrutura, segundo o estudo supracitado, conta com 80 hospitais, 89 pronto-atendimentos e 52 laboratórios próprios, além de 3.596 hospitais credenciados em todo o País. Há ainda 140 cooperativas odontológicas atuando no mercado. Do total de cooperativas médicas, quase 51% estão localizadas na Região Sudeste; em relação às cooperativas odontológicas, esse percentual ainda é mais elevado (56%).

As cooperativas médicas atenderam, segundo dados da ANS de março de 2009, cerca de 14 milhões de beneficiários e as cooperativas odontológicas, por volta de 2 milhões e 100 mil pessoas. Portanto, do mercado de assistência médica, as cooperativas congregam 33,7% dos beneficiários de planos de saúde no Brasil, ao passo 38,2% do total de clientes estavam vinculados a empresas de medicina de grupo. O mercado de assistência odontológica, por sua vez, é fortemente dominado pela medicina de grupo que detém 58,1% da clientela, ficando as cooperativas médicas com 18,7%. Observa-se também, no gráfico a seguir, que, de dezembro de 2000 a março de 2009, o número de beneficiários vinculados a cooperativas médicas cresceu cerca de 80%.

³ Machado, G.S (abr. 2009).

GRÁFICO 5. BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE DE COOPERATIVAS MÉDICAS – BRASIL, 2000-2009

(em milhões)

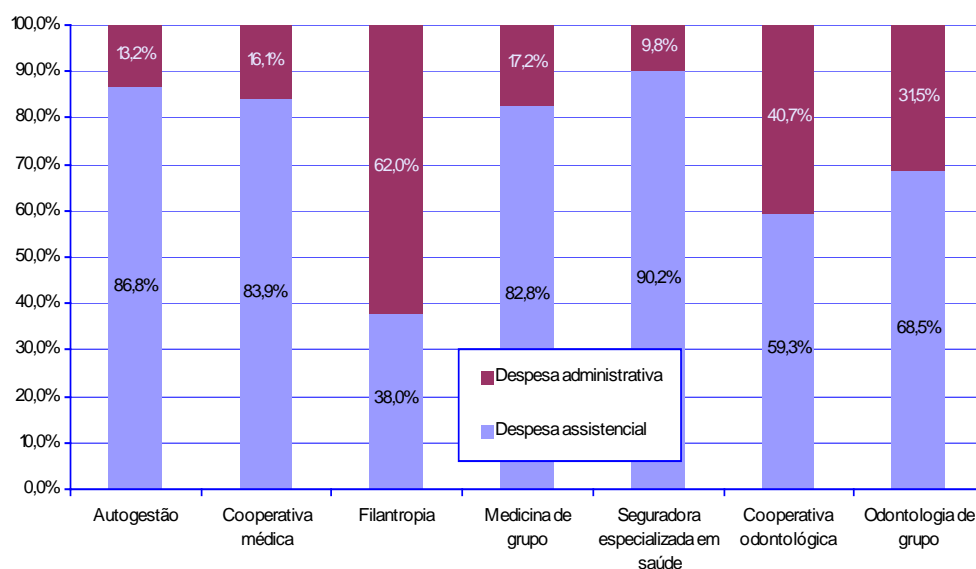


Em 2008, as receitas das contraprestações das cooperativas médicas foram um pouco superiores de 21 bilhões de reais, ou 35,3% do total das receitas de todas as operadoras de planos de saúde registradas na ANS, e as receitas das cooperativas odontológicas foram 358 milhões de um total de receitas de 1,1 bilhão de operadoras exclusivamente odontológicas. As despesas das cooperativas médicas, por sua vez, foram, neste mesmo período, de 17,1 bilhão (ou 36,2% do total de despesas das operadoras) e das cooperativas odontológicas, de 234 milhões.

As cooperativas médicas ofereceram, em março de 2009, 12.683 planos (metade dos planos oferecidos por todas as modalidades de operadoras), dos quais 8.000 são planos novos e o restante, planos antigos. Dos planos novos, um pouco mais da metade (4.057) são planos coletivos; dos planos antigos, um pouco menos da metade (2.296). Em relação à segmentação do plano, verifica-se que 75,7% dos planos oferecidos por cooperativas médicas são “ambulatoriais+hospitalares” e 14% são planos de “referência”.

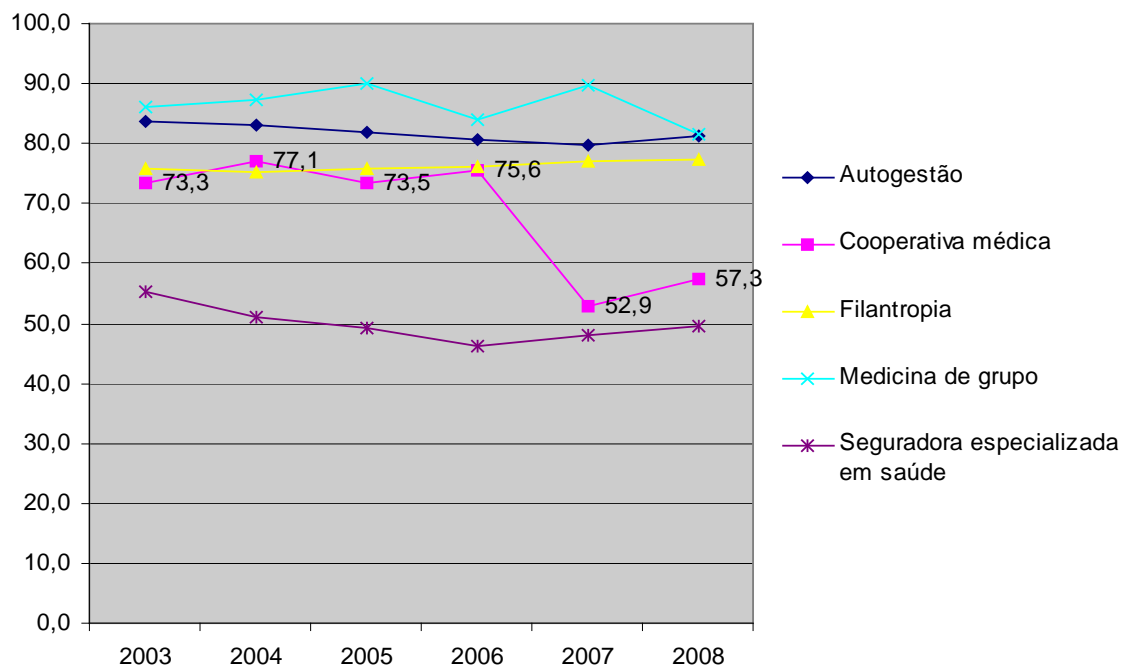
Das despesas realizadas pelas cooperativas médicas, 83,9% foram do tipo assistencial e 16,1%, despesas administrativas. Em relação a outras modalidades do segmento, apenas as seguradoras especializadas em saúde obtiveram, em 2008, uma participação menor das despesas administrativas no total das despesas (9,8%), conforme mostra o Gráfico 5.

GRÁFICO 5. DESPESAS DAS OPERADORAS DE SAÚDE, POR TIPO, SEGUNDO A MODALIDADE – BRASIL, 2008.



A taxa de sinistralidade das cooperativas médicas, que se mantinha relativamente estável nos anos de 2003 a 2006 (entre 73% e 77%), sofreu forte queda a partir 2007 (52,9%), mantendo-se em torno desse novo patamar no ano seguinte (Gráfico 6).

GRÁFICO 6. TAXA DE SINISTRALIDADE DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE POR MODALIDADE – BRASIL, 2003-2008.



IV. A REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

O novo marco regulatório do setor - formado pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em conjunto com a Medida Provisória 2.177-44, de 24 de agosto de 2001 (originalmente MP 1.665, de 5 de junho de 1988), e pela Lei nº 9.961, de 20 de janeiro de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar – permitiu a passagem de um ambiente marcado pela livre atuação das empresas para um outro pontuado por novas regras relativas tanto à assistência à saúde quanto a aspectos econômico-financeiros dos planos e seguros privados de assistência à saúde. Entre outras regras, foi determinado (a):

- I. A obrigatoriedade de que as operadoras oferecessem ao cliente coberturas assistenciais integrais em cada segmento, com base no denominado Plano de Referência;
- I. A proibição de seleção de risco;
- II. A proibição da exclusão de doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos, após 24 meses de vigência do instrumento contratual⁴;
- III. A vedação do rompimento unilateral do contrato individual ou familiar, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade em prazo estipulado;
- IV. a definição e limitação das carências;
- V. e o controle dos reajustes de preços de planos.

O Plano de Referência foi instituído pelo art. 10 da lei 9.656 como aquele com “cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (...)”, ressalvadas algumas exceções dispostas nesse mesmo artigo. Cabe mencionar que, respeitadas as amplitudes de cobertura definidas no plano-referência, é possível ofertar e contratar planos nas seguintes segmentações: ambulatorial, hospitalar, odontológico ou uma combinação destes. Nos dois primeiros casos, o plano pode ou não cobrir o atendimento obstétrico.

Após a regulamentação do mercado de saúde suplementar no Brasil, a restrição em se segurar indivíduos com doenças pré-existentes e da imposição de limites de cobertura, freqüentes entre as operadoras, foram proibidas. Vedou-se a recontagem de prazos de carência para a troca de plano de saúde, estimulando a mobilidade por meio da possível migração entre operadoras e, portanto, a concorrência

⁴ Nesse caso, o usuário pode optar, no momento da contratação do plano, pelo agravado (acréscimo ao valor da prestação mensal do plano de saúde em função de doença preexistente). É assegurado ao consumidor, pelo preço equivalente ao de uma pessoa sadia, cobertura parcial temporária de 24 meses, a qual exclui da cobertura diversos procedimentos relacionados à doença preexistente.

Nesse contexto, o mecanismo alternativo encontrado pelas operadoras para selecionar clientela de menor risco foi a oferta de planos coletivos, em detrimento dos planos individuais e familiares. Planos e seguros coletivos – aqueles oferecidos a grupos de empregados de uma mesma empresa, por exemplo - reúnem pessoas cujo perfil de morbidade e hábitos de vida são relativamente parecidos, o que implica em custos informacionais mais reduzidos. No segmento de planos coletivos por adesão, de acordo com CPI dos Planos, “crescem as denúncias relativas ao crescimento de uma falsa coletivização de contratos para fugir às regras mais rígidas dos contratos individuais quanto à proibição de rompimento e controle de reajustes”.

Portanto, medidas fixadas pela ANS almejam a ampliação da concorrência no setor, como a portabilidade, estimulando a mobilidade por meio da possível migração entre operadoras. Outras medidas regulatórias, no entanto, podem provocar efeito contrário, reduzindo a concorrência no setor. Em que pesem seus impactos na redução da instabilidade do mercado e sobre o bem-estar do consumidor, a fixação de critérios para a constituição e operação das empresas de planos e seguros de saúde, por exemplo, pode funcionar como barreira à entrada de concorrentes⁵.

A última regra supracitada – controle dos reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde – será analisada, no próximo tópico.

V. REAJUSTE DE PREÇOS DOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A determinação do **preço inicial** de venda de planos de assistência à saúde é livre. As operadoras, no entanto, são obrigadas a apresentar à ANS nota técnica atuarial que demonstre o custo do plano e que o preço cobrado é condizente com a garantia do equilíbrio econômico-financeiro dos contratos. No que diz respeito ao **reajuste dos preços** das mensalidades, há que se distinguir entre os reajustes de preços a que estão sujeitos os **planos novos**, cujos contratos são posteriores a 2 de janeiro de 1999, ou aqueles que foram adaptados à legislação vigente; os **planos ditos antigos**, relativos aos contratos assinados anteriormente à edição da Lei nº 9.656, para os quais não se aplicam os novos ditames; e os **planos individuais exclusivamente odontológicos**.

Desde 2000, os índices para reajustes de preços de **planos antigos** tinham que ser autorizados pela ANS. Em 21 de agosto de 2003, o Supremo Tribunal Federal determinou, por meio de liminar em medida cautelar na ADIN nº 1.931 proposta pela

⁵ A Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 77, de 17 de julho de 2001, estabeleceu regras quanto ao Capital Mínimo ou Provisão para Operação, Provisão de Risco, Índice de Giro de Operações e Margem de Solvência requeridos das empresas entrantes ou já participantes do mercado.

Confederação Nacional de Saúde, em 1998, que os contratos celebrados antes da vigência da Lei nº 9.656, de 1998, não estariam sujeitos às normas estabelecidas no art. 10, § 2º, e no art. 35-E dessa lei, o que violaria o direito adquirido e o ato jurídico perfeito. Assim, contratos antigos não estariam sujeitos a uma série de regras impostas pelo novo marco regulatório do setor, como a oferta de plano-referência de assistência à saúde, autorização prévia da ANS para alteração dos valores pagos, proibição de suspensão ou rescisão unilateral de contrato individual ou familiar e a proibição de interrupção de internação hospitalar. Portanto, era permitido às operadoras aplicarem a regra de reajuste estabelecida nos contratos firmados até 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656/98. Entretanto, se o contrato firmado entre a operadora e os beneficiários não indicar expressamente o índice a ser adotado para o reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos ou se este for omissivo quanto ao critério de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste deve ser adotado o percentual máximo de reajuste estipulado pela ANS (Súmula Normativa nº 05/2003).

Em 2004, a ANS questionou os reajustes aplicados aos contratos antigos pelas operadoras, o que resultou na assinatura de Termo de Compromisso (TC) por cinco empresas (Amil, Golden Cross, Bradesco Saúde, Sul América e Itaúseg Saúde) e, posteriormente, também pela Porto Seguro. Consequentemente, a ANS pode autorizar um índice diferenciado para essas operadoras, baseado em índice próprio relacionado à Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH). Como as operadoras não atenderam a cláusulas do TC, relativas à certificação de suas bases de dados, não foi possível à ANS comparar metodologia para cálculo da variação de custos para cada operadora, autorizando, assim, a aplicação de índices diferenciados. Prevaleceu, portanto, a Súmula Normativa supracitada. Em 2009, o índice autorizado para essas empresas foi o mesmo fixado para os planos novos (6,76%).

Os **planos individuais exclusivamente odontológicos**, desde maio de 2006⁶, independentemente da data de celebração de seus contratos, não dependem mais de autorização prévia da ANS para a aplicação de reajustes, desde que esteja expresso, de forma clara, o índice de preços adotado. Caso este requisito não seja preenchido pela operadora, deve ser oferecido ao titular do contrato um termo aditivo que preveja um índice para fins do reajuste anual. Por fim, nas situações em que o beneficiário não se manifeste em até 15 dias do recebimento do termo aditivo ou não concorde com a nova cláusula proposta, vigorará o IPCA.

Os reajustes de preços de **planos novos** ou de **planos antigos adaptados à Lei 9.656, de 1998**, bem como os **planos contratados por pessoas físicas junto a empresas de autogestão não patrocinadas**, podem ser autorizados em três distintas situações:

⁶ Resolução Normativa nº 129, de 18 de maio de 2006.

- **Mudança de faixa etária:** foram criadas sete faixas e estabelecida uma variação máxima de seis vezes entre o preço da primeira e o da última faixa. É proibida, adicionalmente, a variação de preços para usuários com mais de sessenta anos de idade e que sejam beneficiários de planos há mais de 10 anos (parágrafo único, art. 15 da Lei nº 9.656). Para os contratos assinados ou adaptados após 1º de janeiro de 2004, o número de faixas foi alterado para dez, de forma a atender a dispositivo do Estatuto do Idoso, o qual veda a variação de preços por mudança de faixa etária aos contratos de consumidores com idade superior a 60 anos. Foi estabelecido, adicionalmente, que a variação de preços acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima. Por fim, para os planos assinados antes de 2 de janeiro de 1999, deve-se cumprir o que consta no contrato, com exceção da regra estipulada para usuários com mais de 60 anos de idade e mais de dez anos como beneficiário, para os quais é garantida a diluição, ao longo de dez anos, da variação de preços por faixa etária estabelecida contratualmente⁷.
- **Reajuste anual da mensalidade:** são controlados pela ANS apenas os reajustes de planos individuais e familiares e de planos de autogestão não patrocinados (aqueles financiados diretamente pelos usuários). Os planos coletivos não estão sujeitos ao controle de preços da ANS. Agência entende que para o caso dos planos coletivos a interferência é desnecessária, tendo em vista o poder de barganha das empresas e entidades por razão da grande quantidade de beneficiários cobertos. Primeiramente previsto para agosto e posteriormente prorrogado para outubro, passarão a vigor, também os planos coletivos, regras fixadas pela ANS, conforme descrito na próxima seção.
- **Reajuste decorrente de revisão técnica:** para os planos novos, a ANS não permite lançar mão desse instrumento de reajuste, “considerando que foram comercializados e tiveram seus preços determinados em conformidade com a atual legislação e considerando, ainda, que eventuais desequilíbrios são um risco a ser assumido pela operadora”⁸. Para os planos antigos com índice de sinistralidade acima da média do mercado e da média da totalidade da

⁷ Montone (2004).

⁸ Montone (2004)

carteira de planos antigos da própria operadora, é admitido processo de revisão técnica que reestabeleça o equilíbrio das despesas médico-assistenciais.

Em 2000, foi autorizado um reajuste anual dos planos de saúde de 5,42%, baseado em uma cesta de índices de inflação. Esse valor foi obtido pela ponderação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo: $0,25 \times \text{IPCA}$ geral mais $0,75 \times \text{IPCA} - \text{SP/Saúde}$, excluído o item de “cuidados pessoais” e acrescido um percentual referente ao impacto da COFINS.

Do ano de 2001 em diante, a ANS reajusta os preços dos contratos individuais e familiares e dos contratos de autogestão não patrocinados tomando como referência a média ponderada dos reajustes aplicados pelas operadoras dos planos coletivos patrocinados informados à Agência, observados no ano anterior.

Em 2005, foi selado acordo entre a ANS, a Secretaria de Direito Econômico (SDE) do Ministério da Justiça e as operadoras representadas pela Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (Fenaseg) que estabelece um novo sistema de reajuste de preços de planos. Segundo o acordo, as operadoras devem adotar a cotação da empresa mais eficiente no mercado (*yardstick competition*), tendo como referência planilhas de custos que essas empresas devem encaminhar à ANS. Verifica-se que essa sistemática continua a se basear nos reajustes aplicados aos planos coletivos, partindo-se da premissa que, nesses contratos, os valores são reajustados após justa negociação entre operadoras e consumidores, resultando, assim, em reajustes adequados para ambas as partes.

O quadro abaixo mostra os reajustes máximos autorizados pela ANS de maio de 2001 a abril de 2010. Ressalta-se que o índice autorizado para cada operadora em cada período de referência para aplicação do reajuste pode ser igual ou inferior aos valores relacionados a seguir e somente podem ser aplicados pelas operadoras após avaliação e autorização expressa da Agência.

TABELA 1: REAJUSTES DE CONTRAPRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS DOS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Ano	Índice Máximo	Norma
Maio/2001 - Abr./2002	8,71%	RESOLUÇÃO - RDC nº 66, DE 03 DE MAIO DE 2001
Maio/2002 - Abr./2003	9,39%	RESOLUÇÃO - RN Nº 08, DE 24 DE MAIO DE 2002
Maio/2003 - Abr./2004	9,27%	RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN nº 36, DE 17 DE ABRIL DE 2003
Maio/2004 - Abr./2005	11,75%	RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº, 74 DE 07 DE MAIO DE 2004
Maio/2005 - Abr./2006	11,69%	RESOLUÇÃO - RN nº 99, DE 27 DE MAIO DE 2005
Maio/2006 - Abr./2007	8,89%	RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 128, DE 18 DE MAIO 2006
Maio/2007 - Abr./2008	5,76%	RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN nº 156, DE 8 DE JUNHO DE 2007
Maio/2008	Não apresenta índice	RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN nº. 171, DE 29 DE ABRIL DE 2008
Maio/2009 – Abr./2010	6,76%	DECISÃO DE 24 DE ABRIL DE 2009 (DOU 27/04/2009 p. 37)

Fonte: ANS/Consulta de Reajustes. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil_consumidor

VI - RESOLUÇÃO NORMATIVA DA ANS NºS 195, DE JULHO DE 2009, MODIFICADA PELA RN Nº 200, DE AGOSTO DE 2009.

Em julho do corrente ano, foram editadas resoluções da ANS com o intuito principal de estabelecer novas regras para os contratos de planos de saúde coletivos. Assim, a RN nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto do mesmo ano, define regras diferenciadas para os **planos coletivos empresariais**, nos quais os participantes são vinculados à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, e para os **planos coletivos por adesão**, que oferecem cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial. Há ainda novas disposições, reguladas pela RN nº 196, de 14 de julho de 2009, sobre a Administradora de Benefícios, que é a 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.

Ressalta-se que a RN nº 195 estabelece regras diferenciadas entre planos coletivos empresariais com mais de 30 beneficiários (chamados aqui de “maiores”) e planos coletivos “menores” (menos de 30 beneficiários). Assim, para os planos menores permanece a exigência de Cobertura Parcial Temporária ou Agravado - ou seja, o pagamento extraordinário, por um determinado período, para garantir o atendimento no caso de doença preexistente. O mesmo pode acontecer nos contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão. Para os planos empresariais maiores não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência; para os planos por adesão, não haverá carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias após a celebração do contrato coletivo. Também fica proibido, para todos os planos coletivos, o fim da rescisão unilateral sem motivo, antes de um ano. A rescisão sem motivos somente poderá ocorrer depois da vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Nos demais casos, as condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura devem constar do contrato celebrado entre as partes.

O pagamento dos serviços prestados pela operadora passa a ser de responsabilidade da pessoa jurídica contratante, exceto nos casos das empresas de autogestão, dos entes da administração pública direta ou indireta ou das hipóteses previstas nos art. 30 e 31 da Lei dos Planos de Saúde (consumidor de plano de saúde empresarial, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, e aposentado que contribuiu pelo menos dez anos para o plano de saúde coletivo empresarial). Determina, ainda, que nenhum contrato poderá ser reajustado em período inferior a 12 meses, inclusive reajustes decorrentes de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato. Também não poderão ser aplicados percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um determinado contrato ou haver distinção, quanto ao valor da contraprestação pecuniária, entre os beneficiários, exceto em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656, de 1998. Os reajustes dos planos coletivos continuam a ser negociados entre as partes, sem ingerência da ANS.

Para o IDEC, a resolução não resolve os principais problemas dos contratos coletivos, visto que os reajustes de preços continuam não regulados e, apesar de restringir os grupos que podem atuar como intermediários na contratação de planos coletivos por adesão, não estabelece um número mínimo de consumidores que deve compor o grupo apto a contratar um plano de saúde coletivo.

Para as associações deadoras, como a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), as novas normas podem acabar prejudicando a liberdade de negociação entre contratante e contratado. Há também descontentamento em relação a autorização para apenas um único reajuste por ano. De acordo com asadoras, a impossibilidade de parcelamento do reajuste pode significar dificuldades nas negociações com as empresas contratantes de planos.

Prevê-se que a nova sistemática para os reajustes mude a forma como asadoras calculam os índices, os quais deverão passar de uma lógica de reposição para um sistema de projeção, o que poderá resultar em reajustes mais altos.

VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foram descritas ao longo do estudo, as características do mercado de saúde suplementar justificam a regulação, como forma de assegurar o equilíbrio econômico-financeiro das empresas, de proteger o consumidor e de garantir acesso aos bens e, assim, condições de saúde dignas para a população brasileira. Com a edição da Lei dos Planos de Saúde, em 1998, diversos aspectos desse mercado foram regulados, com o intuito de minimizar suas imperfeições e assim garantir maiores ganhos para seus participantes.

Do ponto de vista da assistência à saúde, várias medidas foram implementadas. Novas regras impuseram a obrigatoriedade de queadoras ofereçam planos com coberturas assistenciais integrais e a proibição de exclusão de doenças preexistentes, bem como a definição e limitação das carências. Analogamente à regulação dos aspectos sanitários, a regulação econômica do setor saúde também passou, recentemente, por profundas reformulações.

Os reajustes das mensalidades de planos individuais que, como dito, eram realizados com base em planilhas de custos fornecidas pelasadoras, também tiveram o seu cálculo modificado. Passaram a se basear na média ponderada dos reajustes aplicados pelasadoras dos planos coletivos patrocinados, informados à ANS, e, mais recentemente, na cotação da empresa mais eficiente do mercado (*yardstick competition*). Por trás dessa nova sistemática, porém, continua implícita a noção de custos, os quais servem, para a ANS, como referência para os reajustes pleiteados pelasadoras.

Os reajustes das mensalidades de planos coletivos, como foi descrito, não estão sujeitos ao controle da ANS, mas devem seguir disposições recentemente editadas pela Agência. Entre elas, estabeleceu-se que nenhum contrato poderá ser reajustado em período inferior a 12 meses, inclusive reajustes decorrentes de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

Observa-se, portanto, que a ANS controla os reajustes das contraprestações pecuniárias de apenas 20% dos beneficiários de planos de saúde, isto é, aqueles vinculados a planos individuais novos ou adaptados ao novo marco regulatório do setor. A esses, deve-se somar ainda os contratos de planos de autogestão não-patrocinados e de planos anteriores à Lei 9.656, de 1998, não adaptados, cujas cláusulas contratuais não indiquem explicitamente o índice ou critérios para fins de cálculo do reajuste.

Não obstante, entre os avanços da regulação econômica de planos de saúde, destaca-se a diferenciação entre mercados mais competitivos, e portanto, sujeitos a menos imperfeições – como o de planos coletivos, em que o risco moral é reduzido –, os quais não estão sujeitos ao controle de preços, e mercados menos contestáveis, suscetíveis à regulação, como o de planos individuais e familiares. Por outro lado, basear os reajustes dos planos individuais pelas variações de preços observadas nos contratos coletivos não parece a forma mais adequada para alcançar os objetivos de assegurar o equilíbrio econômico das empresas e o bem-estar dos consumidores. As características e a estrutura de custos dos planos coletivos não deveriam ser utilizadas para balizar os reajustes de planos individuais, sob risco de causar distorções que comprometam o funcionamento desse mercado. Observa-se que esse é um dos motivos que explica o fato de os reajustes dos planos de saúde, até recentemente, terem se situado abaixo das taxas de inflação.

Estudo do IPEA⁹ expressa, de forma precisa, as características do mercado de saúde que conduzem ao aumento de custos do setor, conduzindo a uma variação de preços na saúde geralmente superior às taxas médias de inflação da economia.

O mercado de serviços de saúde se distingue dos demais setores da economia por possuir uma demanda inelástica e uma oferta indutora da procura, além de favorecer a presença de informações assimétricas e externalidades, que não estimulam o predomínio de mecanismos de mercado (CUTLER; ZECKHAUSER, 2000). Como parte integrante do setor serviços, o fator trabalho é intensamente utilizado, além de apresentar baixa mobilidade e reduzida taxa marginal de substituição, considerando, respectivamente, seu caráter não-comercializável (non-tradable) e alto grau de especialização. Nessa estrutura, o aparecimento de inovações tecnológicas não implica aumento automático e generalizado da produtividade média, tampouco permite que seu crescimento se dê no mesmo ritmo da atividade industrial, podendo alimentar uma tendência altista dos custos dos serviços médicos. Ademais, a depender do grau de desenvolvimento de um

⁹ Ocké-Reis e Cardoso (nov. 2006)

país, a importação de insumos e equipamentos médicos, patrocinada pela dinâmica do complexo médico-industrial, torna a taxa de câmbio uma peça-chave para decifrar a elevação dos custos na área da saúde. Vale dizer, caso se depare com um mercado de planos de saúde concentrado, tal pressão nos custos levaria, facilmente, a um aumento continuado dos prêmios no setor privado, dados a inelasticidade-preço da demanda e o custo de transação sofrido pelo consumidor (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006).

Assim, para dar uma resposta satisfatória para os consumidores e empresários do setor, várias têm sido as recomendações acerca de um modelo para o reajuste de preços de planos de saúde, quais sejam:

1. adoção de um índice de preços regional
2. regulamentação mais rígida dos planos coletivos;
3. adoção de um índice próprios das operadoras, baseado na VCMH;
4. liberdade para a fixação de preços.

Ocké-Reis e Cardoso (2006) sugere outras possíveis alternativas para o controle de preços e o acompanhamento da evolução dos custos do setor, a saber: construção de um índice específico dos hospitais, como o Producer Price Index (PPI), escolha de empresas-modelo, por meio da análise de indicadores econômico financeiros e ranqueamento de empresas, tomando-se por base o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Ângela M. A Regulação do Mercado de Saúde Suplementar no Brasil: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde. Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

BAHIA, Ligia, COSTA, Antonio José Leal, FERNANDES, Cristiano et al. *Segmentation of the demand of the plans and private insurances of health: an analysis of the information of PNAD/98*. Ciênc. saúde coletiva, 2002, vol.7, no.4, p.671-686. ISSN 1413-8123.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde*. Brasília: Câmara dos Deputados, novembro de 2003.

CATA PRETA, Horário L.N.. Análise da Política de Reajuste para Planos Individuais e Coletivos Implementada pela ANS. *Revista Brasileira de Risco e Seguro*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 0. dez. 2004. p. 21-46.

COSTA, Nilson R. e CASTRO, Antônio J.W. O Regime Regulatório e a Estrutura do Mercado de Planos de Assistência à Saúde no Brasil. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003: Regulação & Saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, vol. 3, tomo I, 2004. p. 49-64. (Série B. Textos básicos de Saúde).

CUTLER, David M.; ZECKHAUSER, Richard J.. The Anatomy of Health Insurance. *NBER Working Paper Series* n. 7176, Cambridge, jun. 1999. p. 1-74.

DERENGOWSKI, Maria da Graça. Nota Introdutória sobre Estrutura de Mercado, Concentração e Mercados Relevantes. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Complementar. *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003: Regulação & Saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, vol. 3, tomo I, 2004. p. 65-91. (Série B. Textos básicos de saúde).

GAMA, A. ; Reis, C.O.O. ; Santos, I.S. ; BAHIA, L. . *O espaço da regulamentação dos planos e seguros de saúde no Brasil: notas sobre a ação de instituições governamentais e da sociedade civil*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 71-81, 2002.

MACHADO, Gustavo S. Cooperativas Médicas. Câmara dos Deputados, estudo da Consultoria Legislativa, abril de 2009.

MONTONE, Januário. Evolução e Desafio da Regulação do Setor de Saúde Suplementar. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência de Saúde Suplementar. *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003: Regulação & Saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, v. 3, tomo I, 2004. p. 9-31.

MACERA, Andrea P., SAINTIVE, Marcelo B. O Mercado de Saúde Suplementar no Brasil. Brasília: SEAE/MF Documento de Trabalho nº 31; 2004.

PROCON - SP. *Planos Privados de Assistência à Saúde - Guia Prático de Orientação ao Consumidor*. Disponível em: <<http://www.procon.sp.gov.br/cartplanossaude.shtml>>. Acesso em: 03 out. 2005.

OCKÉ-REIS, C.O & CARDOSO, S.S. Uma Descrição do Comportamento dos Preços de Planos de Assistência à Saúde – 2001 a 2005. Textos para Discussão nº 1232, IPEA, Rio de Janeiro, Novembro de 2006.