

## **8ª FÓRUM JURÍDICO UNIDAS**

### **PAINEL IV**

**A regulamentação dos planos coletivos  
Quais as implicações para o mercado de saúde suplementar?**

**Geraldo Rocha Mello**  
**FENASAÚDE** - PRESIDENTE  
rochamel@uol.com.br

## **AGENDA**

- **Introdução**
- **Evolução planos Coletivos e individuais**
- **Regulação atual**
- **Propostas de Mudanças Consulta Pública 30**
  - **Mudanças propostas e possíveis conseqüências**
- **Conclusões**

**O modelo de Saúde do Trabalhador no Brasil, diferente de alguns países, é caracterizado pela divisão de responsabilidades entre o Estado e empresas.**

**Os empregadores são os grandes financiadores do sistema privado de saúde.**

100% das 500 maiores empresas do país oferecem o benefício saúde (Revista Exame).

A maioria das empresas de grande e médio porte já oferece o benefício da assistência médico-hospitalar, em razão da insuficiência do atendimento do Sistema Público.

## Por que oferecer plano de saúde

---

- Gestão de Recursos Humanos – atrair e reter talentos
- Principal benefício considerado pelo empregado
- Melhorar a condição de saúde do funcionário e sua produtividade
- Diminuição do absenteísmos
- Agendamento e previsibilidade no atendimento

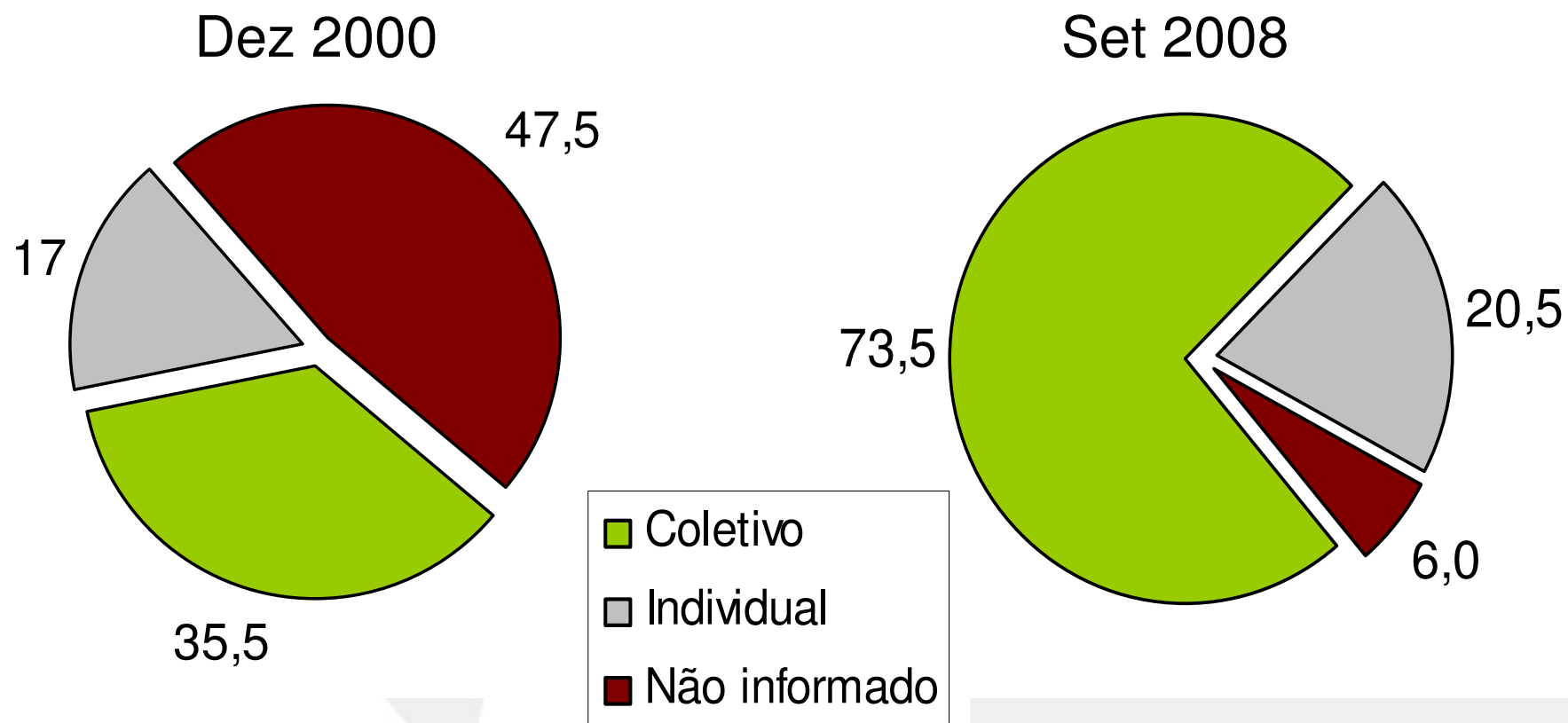


FenaSaúde

---

# ESTATÍSTICAS

## Número de beneficiários por tipo de contratação



- Planos de saúde: 40,8 milhões de beneficiários
- Planos anteriores a Lei 9.656:
  - 11,1 milhões; sendo
  - 76% coletivos
- Planos posteriores a Lei 9.656:
  - 29,6 milhões; sendo
  - 23,3 milhões coletivos, desses:
    - 64% são coletivos empresariais
    - 36% são coletivos por adesão

Os planos coletivos podem custar até 40% menos do que um plano individual para a mesma faixa etária. O maior preço se deve ao maior risco regulatório existente no plano individual, que tem seu reajuste definido pela ANS e não pode ser descontinuado unilateralmente pela Operadora.

**Em busca de menores preços e maior qualidade, os indivíduos escolhem os planos coletivos por adesão ou planos de pequena ou média empresa em detrimento dos planos individuais, mais caros.**

Em 10 anos de regulação, o mercado alcançou 40 milhões de beneficiários com expansão de 10 milhões de vidas; crescimento altamente concentrado nos planos coletivos.

## Plano Coletivo vs Plano Individual

Nos planos individuais, ao contrário dos coletivos:

- o reajuste anual é determinado pela ANS
- vedada a rescisão unilateral do contrato por parte da operadora
- não costumam incluir fatores de moderação (co-participação)
- maior chance de seleção adversa
- perfil etário mais afetado pela demografia
- em consequência, maior uso por beneficiário

	<b>Consultas</b>	<b>Exames</b>	<b>Terapias</b>	<b>Amb.</b>
Individual	6,0	12,6	1,9	0,9
Coletivo c/patrocinador	4,4	8,9	1,4	0,7
Coletivo s/patrocinador	5,5	12,0	1,9	0,9



FenaSaúde

---

# REGULAÇÃO ATUAL

- Lei 9.656, artigo 16, inciso VII e Resolução Consu 14/98

dispõem sobre as modalidades de planos ou seguros e regulamentam as coberturas das doenças e lesões pré-existentes e prazos de carência.

Atualmente existem 3 modalidades de contratação:

- **Individual ou familiar:** livre adesão oferecido a pessoas físicas, facultada a inclusão de dependentes ou grupo familiar do contratante
- **Coletivo empresarial:** cobertura à totalidade ou maioria absoluta da população vinculada à pessoa jurídica contratante, facultada a inclusão de dependentes
- **Coletivo por adesão:** adesão voluntária para funcionários, associados ou sindicalizados da pessoa jurídica contratante, facultada a inclusão de dependentes

	Individual	Coletivo empresarial		Coletivo por Adesão	
		> 50 vidas	< 50 vidas	> 50 vidas	< 50 vidas
Vínculo		empregatício, associativo ou sindical a uma PJ		empregatício, associativo ou sindical a uma PJ	
Elegíveis	Indivíduos e dependentes	Definido pelo estipulante: maioria absoluta ou totalidade		Todos os indivíduos vinculados à PJ	
Adesão	Voluntária	Automática à vinculação do indivíduo à PJ		Voluntária	
Relação contratual	OPS e PF	OPS e pessoa jurídica		OPS e pessoa jurídica	
Contribuição	Integral	Não define		Sim	
Carência	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
CPT	Sim	Não	Sim	Não	Sim



# CONSULTA PÚBLICA 30

MUDANÇAS PROPOSTAS E  
POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS

Em novembro de 2008 a ANS lançou a consulta pública nº 30 com proposta de mudança na regulação dos planos coletivos.

A ANS propôs:

- i) alterar características dos planos privados coletivos de assistência à saúde;
- ii) definir atuação dos agentes que prestam serviços para pessoas jurídicas contratantes e participam da contratação de planos de saúde coletivos por adesão, denominados como Administradoras de Benefícios.

O aperfeiçoamento normativo faz parte da evolução e desenvolvimento do mercado. No entanto, as alterações propostas contém aspectos de ordem institucional, legal e operacional que alteram significativamente o ambiente econômico, social e regulatório do mercado. Esses aspectos precisam ser solucionados para oferecer segurança jurídica e fomentar o crescimento sustentável do setor.



# Principais mudanças propostas

Contribuição mínima do empregador:

Art. 5º Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, **desde que a contratante contribua com pelo menos vinte por cento do valor total das contraprestações pecuniárias do beneficiário titular.**

**§ 4º O limite percentual de contribuição definido no caput não se aplica às pessoas jurídicas de direito público, que observarão disciplina específica sobre a matéria.**

## Repercussões:

- Afronta o princípio da isonomia ao impor condições contratuais diferenciadas entre o privado e o público.
- Afronta o princípio da legalidade, pois somente a lei pode disciplinar situações que restrinjam a liberdade de contratar.
- OPS não tem poder para verificar o cumprimento deste requisito pelo contratante

## Intermediação em planos por adesão

Art. 9º Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que **mantenha vínculo em razão de sua profissão com as seguintes pessoas jurídicas**: (conselhos profissionais, entidades de classe, sindicatos, centrais sindicais e confederações sindicais, ...)

## Repercussões:

- Faculta apenas para associações profissionais a contratação de plano coletivo por adesão – limitação inexistente na Lei
- Reprime a livre iniciativa e induz a uma nova configuração de mercado ao incentivar a contratação de planos de saúde por adesão intermediados por entidades de classe, como as sindicais, o que confere custo adicional desnecessário, cria reserva de mercado, e inibe a livre iniciativa e a livre concorrência.
- Não permite que empresa legalmente constituída atue como estipulante de planos coletivos por adesão para as pessoas que com ela mantenham vínculo empregatício ou estatutário sem a obrigação de contribuição mínima.

## Prazo de constituição para contratar plano

Art. 10. As pessoas jurídicas de que trata o artigo 9º só poderão contratar plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão quando constituídas há pelo menos um ano.

Art. 11. As pessoas jurídicas de que trata o art. 9º poderão reunir-se para contratar plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, podendo tal contratação realizar-se: I – diretamente com a operadora; ou II – com a participação de Administradora de Benefícios

## **Repercussões:**

- Impõe limites à dinâmica do setor, pois não permite a contratação por entidades recém constituídas. Mas a norma é positiva, pois evita a constituição de associações oportunistas.
- Prevê figura da “Administradora de Benefício”, entidade que atua como intermediária nos contratos coletivos, mas que não é citada na regulamentação

## **Plano empresarial:**

Diminui de 50 para 30 o número mínimo de beneficiários para a isenção de carência e CPT.

## **Repercussões:**

- Cria novas possibilidades de seleção adversa, ao eliminar as carências, especialmente para parto e doenças e lesões pré-existentes para uma massa de segurados mais reduzida e com menor diluição de riscos.
- Induz a restrição de oferta ao aumentar o risco para as OPS, embora conceda maior flexibilidade de migração de planos ao excluir carência e CPT para empresas com mais de 30 vidas.



## **Plano por adesão:**

Passa a prever a isenção de carência para todos os beneficiários, independente de número mínimo, desde que os indivíduos adiram até 30 dias da assinatura do contrato ou no aniversário do contrato; mantêm a CPT, até para planos com mais de 50 vidas

## **Repercussões**

- Elimina as carências dos planos por adesão.
- Aumenta a possibilidade de seleção adversa e comportamento oportunista dos elegíveis, mitigado parcialmente ao estipular prazos ou datas de adesão.
- Ausência de carência deverá encarecer o preço inicial dos planos.

Elegibilidade a todos os membros da entidade

Art. 17. Para vínculo aos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresariais não serão permitidas quaisquer outras exigências que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante.

Art. 19. As operadoras de planos de assistência à saúde só poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários nas seguintes hipóteses:

I - a pedido do beneficiário; II - fraude; ou III - por perda dos vínculos do titular...

## **Repercussões:**

- Busca garantir o direito de ingresso dos beneficiários e assegurar que não seja realizada seleção de risco no ingresso, o que é vedado pela Lei 9.656.
- Busca garantir o direito da população elegível à manutenção da cobertura.

## Prazo para rescisão imotivada

Art. 18. Parágrafo único. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

## Repercussões:

- Interfere na livre negociação ao determinar condição rígida para rescisão imotivada
- Pelo artigo 13 da Lei 9.656/98 os contratos têm renovação automática, são celebrados por prazos determinados e se renovam a cada período de tempo; e, pelo artigo 774 do Código Civil Brasileiro, a recondução tácita do contrato pelo mesmo prazo, mediante expressa cláusula contratual, não poderá operar mais de uma vez.

Veda qualquer reajuste em períodos inferiores a um ano

Art. 20. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a doze meses, ressalvado o disposto no caput do artigo 23.

**Parágrafo único. Para fins do disposto no caput, considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.**

## Repercussões:

- A Lei nº 10.192/2001 permite a aplicação de reajuste monetário e reajuste técnico no mesmo ano. O reajuste monetário visa repor as perdas em decorrência da inflação e o reajuste técnico visa o re-equilíbrio financeiro do contrato e deve vir expresso no contrato.
- A revisão Técnica e o reajuste por sinistralidade não visam a reposição inflacionária e sim a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato

## Regularizar planos vigentes

Art. 26. Os planos privados de assistência à saúde coletivos em vigor que permaneçam incompatíveis com os parâmetros fixados nesta Resolução até o prazo final de sua vigência não poderão ser renovados pela Operadora.

- Prazo de 12 meses para adequação após norma publicada.
- Adequar no registro de produto – depende de IN da DIPRO.

## **Repercussões:**

- Não respeita a limitação de irretroatividade da norma e o ato jurídico perfeito. A ADIM 1931 já concluiu pela irretroatividade da Lei 9.656 para alcançar planos anteriores à sua publicação. O mesmo entendimento se aplica a uma resolução que não pode alcançar contratos assinados antes de sua publicação.
- Gera custos de mudança de registro dos produtos e custos com notas técnicas.



# CONCLUSÕES



## Conclusões

---

**Tanto nos planos coletivos empresariais como nos coletivos por adesão o empregador é o agente econômico legítimo para enfrentar os interesses de seus funcionários.**

Mesmo diante de casos em que a empresa não contribui, ela arregimenta um grupo homogêneo em termos de perfil de risco que possibilita o acesso a um plano coletivo de saúde a preços mais acessíveis para seus colaboradores.

A obrigatoriedade da intermediação de entidade de classe para a contratação de planos coletivos por adesão politiza a relação contratual e cria custo de intermediação comercial.

Alguns dos dispositivos propostos restringem a livre iniciativa, permitem o estabelecimento de condições contratuais diferenciadas entre público e privado, incentivam a seleção adversa, aumentam os custos administrativos e de regulação.



## Conclusões

---

**Além da discussão sobre a legalidade de alguns dos dispositivos, as mudanças propostas podem acarretar aumento das mensalidades pelo aumento da sinistralidade e dos custos administrativos.**

27% dos beneficiários têm planos anteriores à Lei, motivado em parte pelos menores preços dos planos antigos que não oferecem as mesmas coberturas que os planos regulados.

Em consequência dos elevados preços, observa-se uma retração dos planos individuais que migram para planos coletivos por adesão ou planos PME em busca de menores preços.

**A dinâmica do mercado indica que os consumidores estão dispostos a abrir mão de alguma garantia para pagar mensalidades menores.**

**OBRIGADO**

**GERALDO ROCHA MELLO  
PRESIDENTE FENASAÚDE  
XXXX@fenasaude.org.br**