

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA

LUÍS CARLOS MORICONI DE MELO

**ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO A PARTIR DA REGULAÇÃO DO MERCADO DE
SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: TEORIA E EVIDÊNCIAS**

Porto Alegre

2016

LUÍS CARLOS MORICONI DE MELO

**ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO A PARTIR DA REGULAÇÃO DO MERCADO DE
SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: TEORIAS E EVIDÊNCIAS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Economia da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Economia, modalidade profissional, área de concentração: Economia.

Orientador: Prof. Dr. Giacomo Balbinotto Neto

Porto Alegre

2016

CIP - Catalogação na Publicação

Melo, Luís Carlos Moriconi de
Assimetria de informação a partir da regulação do
mercado de saúde suplementar no Brasil: teoria e
evidências / Luís Carlos Moriconi de Melo. -- 2016.
90 f.

Orientador: Giácomo Balbinotto Neto.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Ciências Econômicas,
Programa de Pós-Graduação em Economia, Porto Alegre,
BR-RS, 2016.

1. Planos de saúde. 2. Economia da informação. 3.
Economia da saúde. 4. Regulação. 5. Mercado de saúde
suplementar. I. Balbinotto Neto, Giácomo, orient.
II. Título.

LUÍS CARLOS MORICONI DE MELO

**ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO A PARTIR DA REGULAÇÃO DO MERCADO DE
SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: TEORIA E EVIDÊNCIAS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Economia da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Economia, modalidade profissional, área de concentração: Economia.

Aprovada em: Porto Alegre, 24 de novembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Giacomino Balbinotto Neto – Orientador

UFRGS

Prof. Dr. Guilherme Becker Sander

HCPA

Profa. Dra. Márcia Regina Godoy

UNISINOS

Prof. Dr. Luciano Benetti Timm

UNISINOS

RESUMO

O objetivo desta dissertação foi analisar o mercado de saúde suplementar no Brasil e avaliar as regulamentações da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, órgão regulador do setor, no contexto da teoria da informação assimétrica. Para tanto, utilizou-se a teoria da informação assimétrica através dos problemas de seleção adversa e risco moral a fim de analisar os problemas regulatórios. Também foram levantados dados e referenciais teóricos do mercado de planos de saúde no Brasil, principalmente no que se refere a sua regulação e suas implicações. A revisão bibliográfica deste trabalho indica que diversos estudos já evidenciaram a presença de assimetria de informação no mercado de saúde suplementar. A avaliação econômica de quatro resoluções normativas da ANS também corrobora para com essa evidência e explicam a presença de seleção adversa e risco moral evidenciados da literatura. Este trabalho conclui que a regulação desse mercado falhou, no que tange a redução das falhas de mercado, mais precisamente com relação com relação à assimetria de informação, onde sua presença tornou-se mais acentuadas com suas constantes intervenções, comprometendo a sustentabilidade do mercado e reduzindo o nível de bem-estar econômico.

Palavras-chaves: Mercado de saúde suplementar. Regulação. Assimetria da informação. Risco moral. Seleção adversa.

ABSTRACT

The objective of this dissertation was to analyze the health insurance market in Brazil and evaluate the regulations of the National Health Agency - ANS, regulatory agency, in the context of the theory of asymmetric information. Therefore, we used the theory of asymmetric information through the problems of adverse selection and moral hazard in order to analyze the regulatory problems. Also data and theoretical of the health insurance market benchmarks in Brazil, especially in relation to regulation and its implications were raised. The literature review of this work indicates that several studies have demonstrated the presence of asymmetric information in the supplementary health market. The economic evaluation of four legislative resolutions ANS also corroborates with this evidence and explain the presence of adverse selection and moral hazard evidenced literature. This paper concludes that the regulation of the market has failed, as regards the reduction of market failures, specifically with respect with respect to information asymmetry, where their presence has become more pronounced with their constant interventions, compromising the sustainability of the market and reducing the level of economic welfare.

Keywords: Health insurance markets. Regulation. Information asymmetry. Moral hazard. Adverse selection.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema de mutualização.....	12
Figura 2 - Dinâmica do Custo Assistencial	14
Figura 3 - Projeção da população brasileira	15
Figura 4 - Mercado de serviços médicos	17
Figura 5 - Mercado de saúde complementar e a assimetria de informação.....	24
Figura 6 - Probabilidade uniforme de despesas (níveis de despesa esperados)	34
Figura 7 - Sistema de Co-pagamento.....	30
Figura 8 - Elasticidade da demanda por serviços médicos	33
Figura 9 - Coberturas dos planos de saúde	38
Figura 10 - Espiral de Seleção Adversa.....	48

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Razão de dependência projetada	16
Gráfico 2 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (2000- 2016).....	18
Gráfico 3 - Receitas e despesas, das operadoras em valores reais (Brasil-2015)	19
Gráfico 4 - Gasto total em Saúde no Brasil: Público, Privado e PIB (%)	19
Gráfico 5 - Distribuição dos beneficiários (Brasil - março/2016)	20
Gráfico 6 - Variação do PIB acumulado no ano em relação ao mesmo período do ano anterior e do número de beneficiários de planos novos (Brasil - 4º trimestre/2011 - 1º trimestre/2016).....	21
Gráfico 7 - Variação anual de beneficiários em planos de assistência médica e de empregos formais (Brasil - 2004-2016).....	22
Gráfico 8 - Taxa de internações hospitalares SUS em % (2014).....	45
Gráfico 9 - Custo per capita por faixa etária – UNIDAS (2014).....	46
Gráfico 10 - Taxa de cobertura de assistência médica por ano segundo faixa etária em % (2016).....	48
Gráfico 11 - Proporção de beneficiário por contratação (2000 a 2016)	51
Gráfico 12 - Beneficiários de contratação Individual ou Familiar por modalidade por mil (2000 a 2016).....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Produção Assistencial – 2015	11
Tabela 2 - Prevalência de doenças crônicas selecionadas por faixa etária (%) – Brasil, 2013	16
Tabela 3 - Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - dezembro/2000-março/2016)	20
Tabela 4 - Proporção de Beneficiários por modalidade em % (2000 – 2016)	40
Tabela 5 - Estudos a respeito da assimetria de informação no mercado de assistência à saúde	49
Tabela 6 - Faixa de reajustes das Operadoras pela RN 309 (2013 a 2015)	56

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	CARACTERIZAÇÃO DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	14
3	ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO.....	23
3.1	TEORIA DO AGENTE PRINCIPAL	25
3.2	SELEÇÃO ADVERSA	26
3.3	RISCO MORAL.....	28
4	MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR ANTES E APÓS A LEI 9.656/98.....	34
5	REGULAMENTAÇÕES DA ANS E SEUS IMPACTOS NA PRESENÇA DA ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO.....	42
5.1	RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN N° 63 DE, 22 DE DEZEMBRO DE 2003.....	44
5.1.1	Impacto econômico a partir da RN 63/2004.....	45
5.2	RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN N° 171, DE 29 DE ABRIL DE 2008	49
5.2.1	Impacto econômico a partir da RN 171/2008.....	50
5.3	RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN N° 254, DE 5 DE MAIO DE 2011	53
5.3.1	Impacto econômico a partir da RN 254/2011.....	53
5.4	RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN N° 309, DE 24 DE OUTUBRO DE 2012	54
5.4.1	Impacto econômico a partir da RN 309/2012.....	55
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
	REFERÊNCIAS	60
	ANEXO A - RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 63 DE, 22 DE DEZEMBRO DE 2003.....	67
	ANEXO B - RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 171, DE 29 DE ABRIL DE 2008	69
	ANEXO C - RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 254, DE 5 DE MAIO DE 2011	77
	ANEXO D - RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 309, DE 24 DE OUTUBRO DE 2012.....	86

1 INTRODUÇÃO

O objetivo desta dissertação é analisar o setor de saúde suplementar no Brasil e avaliar as regulamentações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no contexto de assimetria de informações, observando como tais regulamentações lidam com os problemas de seleção adversa e risco moral.

Segundo Folland, Goodman e Stano (2008), a assimetria de informação refere-se a uma situação em que uma das partes da relação tem mais informações que a outra parte. Assim, uma das partes pode ter conhecimento de um fato relevante que a outra desconhece, e que poderia ser decisivo em uma negociação ou contratação de uma operação.

A regulação do mercado de saúde suplementar entrou em vigor em 1998, pela lei 9.656/1998, que trata dos planos de saúde (BRASIL, 1998). A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é autarquia responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência suplementar à saúde foi criada em 2000, através da lei 9.961/2000 (BRASIL, 2000).

A importância deste tema reside no fato das ações da ANS, ao fiscalizar e normatizar o setor poderem gerar assimetria de informação no mercado de saúde suplementar, podendo provocar desequilíbrio nas operadoras de planos de saúde¹.

Desde a regulação dos planos de saúde, pela publicação da Lei 9.656 de 1998, foram criadas mais 2.000 normatizações entre resoluções, instruções normativas e súmulas. A constante normatização gera um alto custo de regulação para as operadoras, visto que as mesmas devem despender recursos para o seu cumprimento. Muito da quantidade excessiva de normatizações decorre da regulação da saúde suplementar no Brasil ser ainda incipiente.

A hipótese deste trabalho foi a existência de assimetria de informação no mercado de saúde suplementar no Brasil e que as frequentes normatizações do órgão regulador do setor acentuam esse problema, ampliando os problemas de seleção adversa e risco moral.

“A regulação é uma troca explícita da competição por ordens governamentais como sendo o principal mecanismo institucional para assegurar o bom desempenho de uma economia”, conforme explica Kahn (1970, p. 20, tradução nossa).

Assim, a regulação pode ser definida, de modo amplo, como sendo a intervenção governamental que busca afetar os resultados de um mercado. (CHURCH; WARE, 2000, p. 749). Esta intervenção pode alterar as situações de falha de mercado, através dos preços,

¹ O termo **operadoras de planos de saúde** abrange tanto operadoras quanto seguradoras especializadas em saúde (FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS CONTÁBEIS, ATUARIAIS E FINANCEIRAS, 2009).

quantidades, variedade de produtos, pelo número de serviços oferecidos ou pelo número de ofertantes, ainda de acordo com os referidos autores.

Nesta mesma linha, para Salgado (2003), a assimetria de informações é uma das justificativas de ordem normativa para a adoção, pelos governos, de mecanismos de regulação para justificar a intervenção governamental no mercado de seguros, e por consequência, nos planos de saúde.

A teoria econômica apresenta várias razões para a regulamentação, todas elas associadas ao conceito de falha de mercado, onde destacam-se o poder de mercado, informação assimétrica, externalidades e indução de demanda (SALGADO, 2003).

Ainda de acordo com Salgado (2003), na presença de falhas de mercado, os mercados não fornecem sinais suficientes para garantir as escolhas adequadas que levem ao equilíbrio entre a oferta e a demanda.

Para Stigler (1971), há dois aspectos no processo de regulação econômica. O primeiro deles é que, na maioria das vezes, as firmas reguladas capturam o Estado e se beneficiam da proteção do regulador. O segundo é que a regulação econômica, ao substituir o mercado como instrumento de alocação de recursos em favor das decisões de políticas, induz à ineficiência, na medida em que incorpora ao processo de decisão agentes insuficientes informados, que não possuem interesse direto nas questões de regulação.

Já segundo Posner (1971), a regulação é oferecida em resposta à pressão do público para correção de ineficiências ou práticas de mercado que não sejam consideradas justas. Os pressupostos básicos são que o mercado é extremamente frágil, e que não está apto para operar de modo eficiente ou sem desigualdades se agir livremente.

Para Alves (2007), as falhas de mercado sugerem que o mercado há ineficiência alocativa de recursos e, por isso, demanda regulação pública.

Assim, Godoy (2008) dispõe que a regulação no setor de saúde ocorre para proteger os consumidores das falhas existentes de mercado. Como Arrow (1963) mostrou, o mercado de cuidados de saúde funciona de um modo bastante diferenciado, em virtude de algumas peculiaridades como externalidades, barreiras de entradas no mercado e assimetria de informação.

A Constituição Federal do Brasil prevê a atuação da iniciativa privada na assistência à saúde de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012). Desta forma, quanto mais eficiente for o mercado de saúde suplementar, mais atrativo será à população, que atrairá novos clientes (beneficiários). Logo, mais pessoas estarão cobertas pela iniciativa privada, desafogando o SUS, isto é, quanto maior contingente a população

estiverem cobertas pelas operadoras de plano de saúde, menos estarão dependentes do Estado, via SUS.

A Tabela 1 ressalta a importância das operadoras de saúde no mercado de saúde no Brasil. Em 2015 foram realizadas 266.856.131 consultas médicas e quase oito milhões de internações.

Tabela 1 - Produção Assistencial – 2015

Item de Despesa	Quantidade de eventos
Consultas	266.656.131
Exames Complementares	746.979.342
Terapias	48.408.893
Outros Atendimentos Complementares	136.566.674
Internações	7.924.127

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2016).

Para Alves (2004), a regulamentação do Brasil também trouxe ganhos principalmente em relação os beneficiários, onde estes ficaram protegidos de possíveis abusos das operadoras de plano de saúde, com maior confiabilidade para este segmento.

As exigências de garantias financeiras², exigidas por esta regulação, também foram importantes, dando maior robustez ao mercado de saúde suplementar, protegendo os demais atores desse mercado: prestadores de serviços médicos, consumidores e também as próprias operadoras de plano de saúde.

De acordo com a Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Financeiras (2009), os planos de saúde têm como princípio a proteção dos riscos associados a doenças e acidentes pessoais que afetem a saúde do consumidor e estes são eventos de natureza incertos, aleatórios, que causam dano econômico. Diante dessa aleatoriedade, as operadoras possuem e administram esses riscos, alicerçados pelo princípio do mutualismo³ e a Lei dos Grandes Números⁴.

² Conjunto de exigências a serem observadas pelas operadoras de planos de saúde para manutenção do seu equilíbrio econômico-financeiro, minimizando os riscos de insolvência.

³ Segundo Dicionário de Seguros da Funenseg ([2015]) o princípio fundamental do mutualismo constitui a base de toda a operação de seguro. De acordo com a obra, a reunião de um grande número de expostos aos mesmos riscos possibilita definir o equilíbrio aproximado entre as prestações do segurado (prêmio) e as contraprestações do segurador (responsabilidades), uma vez que todos os segurados pagam valores inferiores ao bem segurado, na certeza de que aqueles que sofrerem eventuais perdas receberão o valor de reposição do bem.

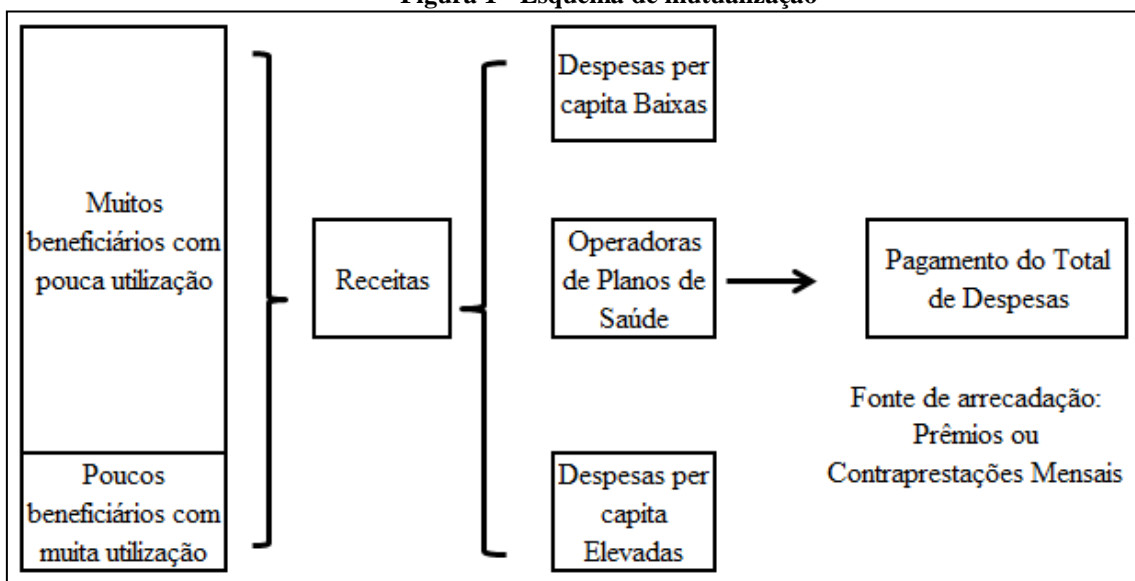
⁴ Segundo o Dicionário de Seguros da Funenseg ([2015]), a Lei dos Grandes Números é princípio estatístico, segundo o qual a frequência de eventos, observada em um grande número de casos análogos, tende a se

Segundo Alves (2007), o mercado de saúde suplementar tem como base de funcionamento o mutualismo, mecanismo de cooperação voluntária o qual funciona quando vários indivíduos contribuem financeiramente para que alguns poucos indivíduos possam, quando da ocorrência de adversidades em sua saúde, utilizar os recursos de um fundo mútuo, administrado por operadoras de planos de saúde, para o pagamento das despesas médicas. Logo, o cerne dos planos de saúde é a proteção dos riscos associados a doenças e que afetem a saúde do beneficiário, que são eventos futuros, incertos, aleatórios que causam dano econômico.

De acordo com a Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Financeiras (2009), o financiamento dos planos de saúde frente a esses riscos ocorre no regime financeiro de repartição simples, onde, diferentemente de outros seguros, não há a formação de reservas técnicas em nome dos beneficiários. “Todos contribuem para um fundo comum, administrado pela operadora, do qual serão obtidos os recursos para o pagamento das indenizações devidas durante o período de vigência da cobertura”, ainda de acordo com a referida Instituição (2009, p. 16). Assim, as contribuições de um determinado período são utilizadas para o pagamento de serviços médicos deste mesmo período.

Este mecanismo acarreta na repartição do risco entre o grupo de beneficiários, onde o risco é mutualizado entre os poucos de muita utilização com os muitos de pouco ou nenhuma utilização de serviços médicos, conforme figura 1.

Figura 1 - Esquema de mutualização



Fonte: Cechin (2014).

aproximar cada vez mais, à medida que aumenta o número de casos observados, dos valores previstos pela teoria das probabilidades.

A principal vantagem desta operação para os usuários é manter seu orçamento mensal com um pagamento de mensalidade preestabelecida para sua proteção. Esta estabilização orçamentária, segundo Alves (2007), é de extrema importância aos consumidores visto que os custos dos serviços médicos estão em constante aumento e os serviços oferecidos pelo setor público estão aquém das necessidades da população.

O evento que gera as despesas assistenciais é incerto e aleatório, e sua correta aferição tem o objetivo de manter o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras de plano de saúde. Para mantê-las solventes, é necessária uma mensuração fidedigna dos riscos, onde a presença da informação assimétrica tem grande influência.

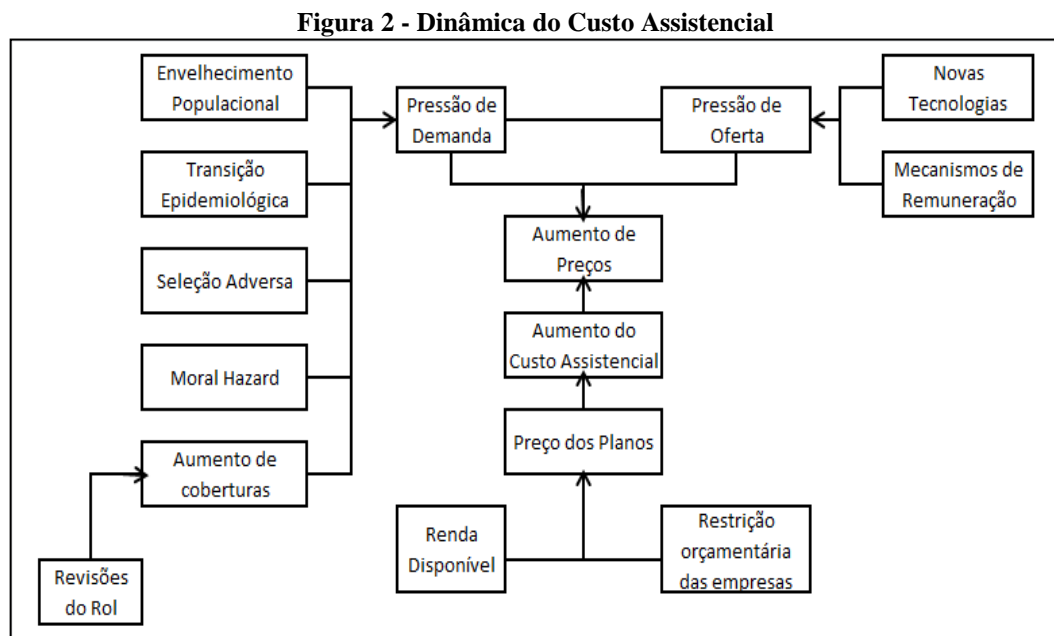
Essa dissertação fará uma análise sobre os efeitos da regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil, onde, muitas vezes esta regulação se confundiu com intervencionismo e, ao contrário de sua premissa, de reduzir falhas de mercado, essa regulação acarretou problemas de assimetria de informação, efeito oposto ao desejado pelo órgão regulador.

Para atingir os objetivos, o trabalho será estruturado da seguinte forma: além deste capítulo introdutório, haverá mais quatro capítulos. No capítulo dois caracterizará o mercado de saúde suplementar no Brasil após sua regulamentação. Já no capítulo três serão expostos os principais referenciais teóricos, com abordagem conceitual da assimetria de informação, seleção adversa, risco moral e teoria da agência. O capítulo quatro será dedicado ao mercado de saúde suplementar brasileiro desde sua regulação, demonstrando como era o setor antes e após sua regulamentação com a criação da Agência Reguladora. Já no capítulo cinco compreenderá algumas regulamentações da ANS e como estas estimulam a presença de informações assimétricas. E por fim as considerações finais, onde serão apresentados os resultados exibidos nos capítulos anteriores.

2 CARACTERIZAÇÃO DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Este capítulo tem como objetivo caracterizar o mercado de saúde suplementar brasileiro, evidenciando sua estrutura após sua regulação.

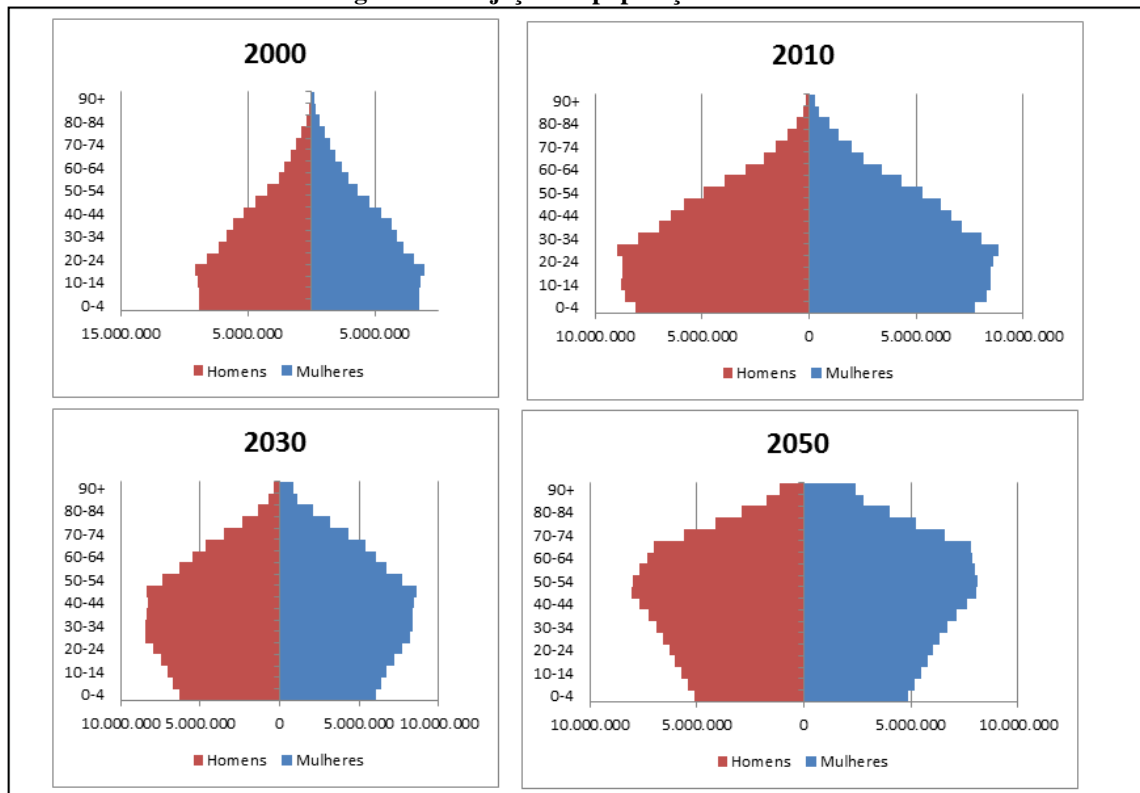
O setor de saúde suplementar está organizado, conforme Alves (2007), pelo lado da oferta, pelas operadoras de planos de saúde, os prestadores de serviços de assistência médico-hospitalar e odontológica, a indústria de medicamentos e, finalmente, a indústria de materiais, já pelo lado da demanda, temos os beneficiários, consumidores individuais, pessoas físicas, e os clientes corporativos, pessoas jurídicas. A dinâmica que pressiona os custos assistenciais das operadoras e, por decorrência, as mensalidades, está sintetizada na figura 2.



Fonte: Alves (2007, p. 24).

Pelo lado da demanda, pelo menos cinco fatores têm “deslocado” a curva no sentido pressionar por quantidades cada vez maiores de serviços de saúde.” (ALVES, 2007, p. 24). Ainda de acordo com o autor, o envelhecimento populacional é um fator que só tende a aumentar a demanda por assistência médica e as alterações já são percebidas na estrutura etária da população onde cada vez mais, aumenta a população de idosos, com tendências de elevação para as próximas décadas, conforme pode ser constatado nas pirâmides populacionais na Figura 3 abaixo:

Figura 3 - Projeção da população brasileira



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016).

A maior longevidade da população, e conseqüentemente, das carteiras de planos de saúde, aliado às mudanças epidemiológicas e a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), impõe desafios às Operadoras de Plano de Saúde para sua sustentabilidade.

O envelhecimento população brasileira, e conseqüentemente das carteiras das operadoras de plano de saúde, é ainda ampliado pela presença de seleção adversa no mercado de saúde, onde há maior demanda de planos de saúde por indivíduos com maior risco de utilização - os idosos.

A população idosa demanda mais pelos serviços de saúde em decorrência da maior enfermidade desse público com sua perda de capacidade funcional e biológica. Muito dessa utilização dos serviços está relacionadas a doenças crônico-degenerativas que possuem tratamentos de longa duração e até com tecnologia mais avançada, gerando maiores gastos. Assim, além dos elevados custos dos procedimentos, há ainda elevada frequência de utilização desses serviços acarreta ainda em maior custo para a população desta faixa.

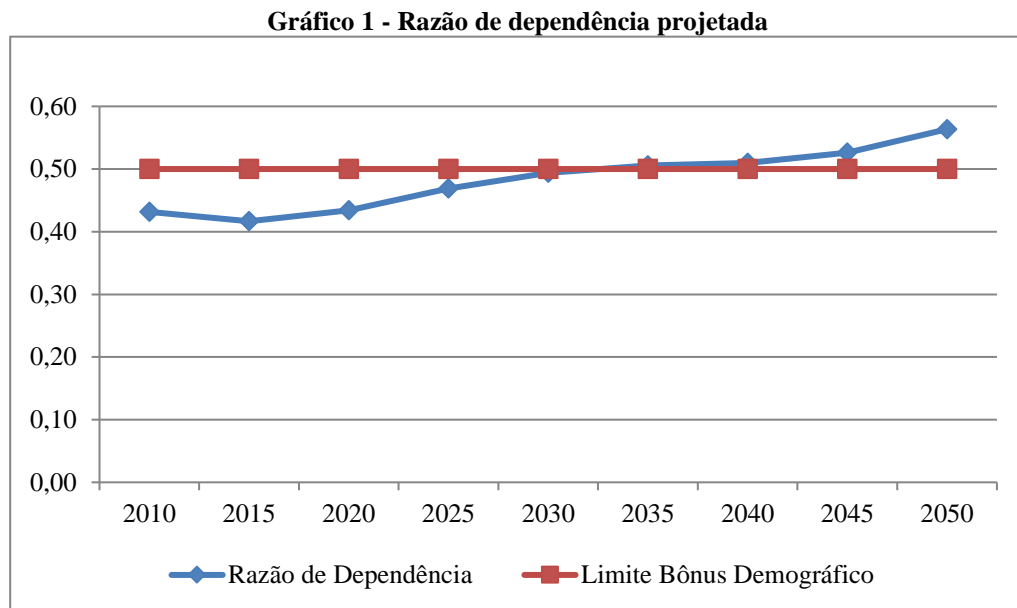
A Pesquisa Nacional de Saúde (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014) evidencia maior prevalência de doenças crônicas em pessoas a partir dos 65 anos. Na Tabela 2 observa-se que, enquanto a prevalência de artrite ou reumatismo é de 1,3% em indivíduos de 18 a 29 anos, para pessoas acima de 75 anos, este número atinge 19,1% desta população.

Tabela 2 - Prevalência de doenças crônicas selecionadas por faixa etária (%) – Brasil, 2013

	Diabetes	Hipertensão arterial	Artrite ou reumatismo	Coluna	Câncer	Insuficiência renal crônica	Asma
18-29 anos	0,6	2,8	1,3	8,7	0,3	0,5	4,8
30-59	5,0	20,6	5,6	19,9	1,3	1,4	4,1
60-64	14,5	44,4	14,9	26,6	3,7	2,0	4,3
65-74	19,9	53,7	16,0	28,9	5,7	2,9	5,7
75 ou mais	19,6	55,0	19,1	28,5	7,7	3,6	3,8
Prevalência total na população	6,2	21,4	6,4	18,5	1,8	1,4	4,4

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014).

No gráfico 1, constata-se, também, que a razão de dependência (população potencialmente inativa abaixo de 14 anos e acima de 65 anos de idade sobre a população potencialmente ativa de 15 a 64 anos de idade) elevou-se, como demonstra o gráfico abaixo:



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016).

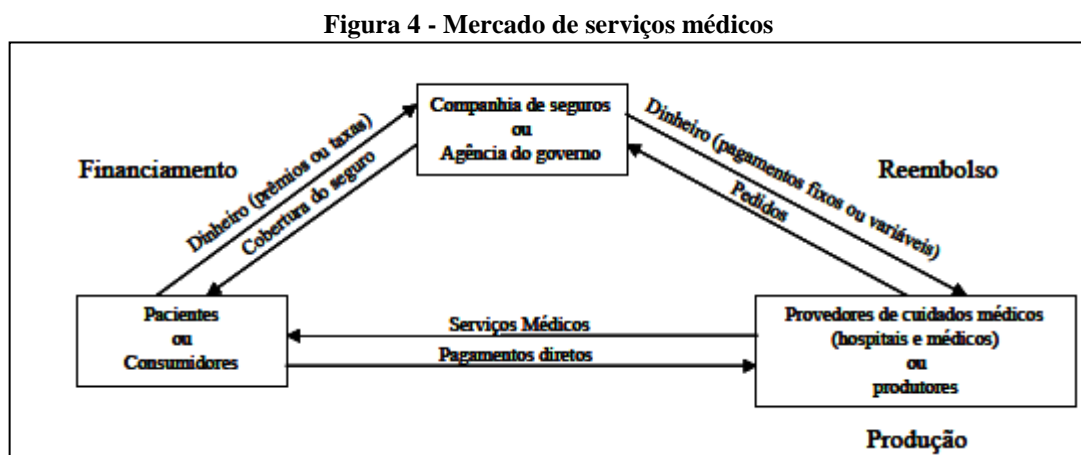
No início de 2040, a razão de dependência superará 0,5, onde se encerará o Bônus demográfico⁵.

Ainda pelo lado da oferta, uma importante característica do setor é a capacidade da oferta em criar sua própria demanda. Sabendo que é o profissional de saúde quem decide sobre os caminhos diagnósticos e terapêuticos a percorrer, seja por demanda reprimida ou por demanda induzida, o fato é que quanto maior a oferta de serviços médicos maior é a demanda gerada. (ALVES, 2007, p. 26).

Cutler e Zeckhauser (2000) definem a demanda induzida pela oferta para a situação da saúde como um problema de principal-agente onde o médico (agente) manipula o paciente (principal) para que ele ganhe mais serviços de saúde do que o necessário e os incentivos dos provedores para a maior utilização de serviços de saúde podem ser diversos.

Essa situação é ainda agravada pelo sistema de remuneração utilizado pelas Operadoras aos prestadores de serviços, *fee-for-service* (pagamento por procedimento), visto que este modelo está associado à indução de demanda por parte dos prestadores.

O modelo de Santerre e Neun (1996) descreve o mercado de serviços médicos como uma tríade formada pelos consumidores, seguradoras e os provedores de saúde, ilustrado na Figura 4.



Fonte: Santerre e Neun (1996)

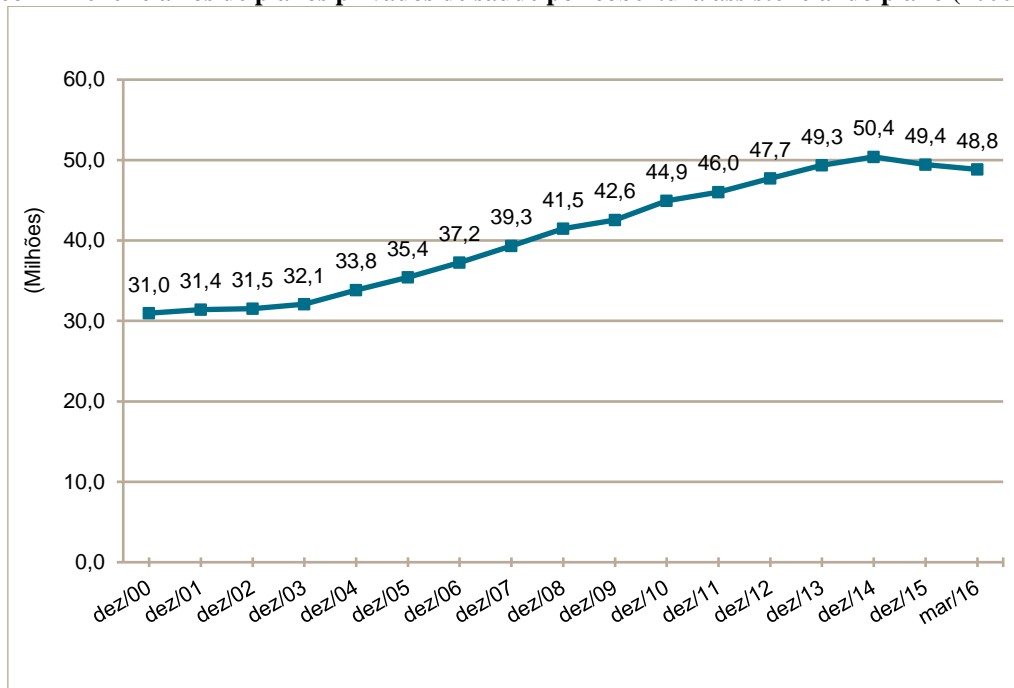
A figura ilustra a relação de agência do mercado, onde os pacientes delegam a decisão do tratamento ao médico, sendo que a responsabilidade do pagamento desta relação é um terceiro, a Operadora de Plano de Saúde, que não tem poder de decisão nesta relação.

⁵ Bônus demográfico é o momento em que a estrutura etária da população atua no sentido de facilitar o crescimento econômico. Isso acontece quando há um grande contingente da população em idade produtiva e um menor número de idosos e criança.

Este mercado está em expansão desde a regulamentação do setor de saúde suplementar. As Operadoras médico-hospitalares têm, em março/2016, 48,4 milhões de beneficiários, equivalente a aproximadamente 25% da população brasileira coberta por planos de saúde.

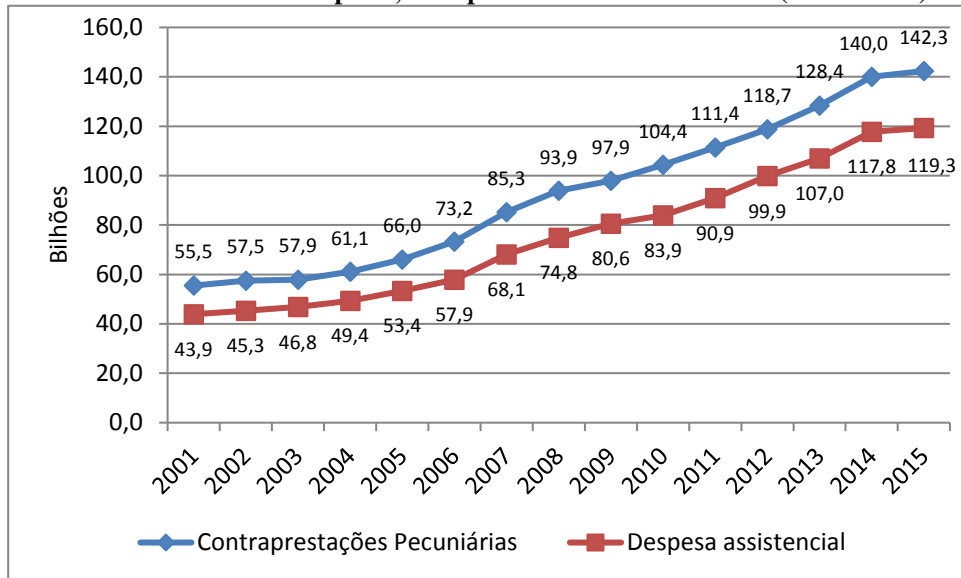
Este número sempre esteve em constante evolução de 2000 a 2014, a partir do final de 2015 houve redução no número de usuários de planos de saúde decorrente da crise da economia brasileira, conforme demonstra Gráfico 2:

Gráfico 2 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (2000- 2016)



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2016).

Esta representatividade do mercado de saúde suplementar é evidenciada com os valores nela envolvidos. Conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2015), a saúde suplementar teve receita com mensalidade de 142,6 bilhões de reais, sendo que 119,3 bilhões foram utilizados para pagamentos dos serviços médicos, também denominado despesa assistencial. O Gráfico 3 demonstra a evolução desses valores:

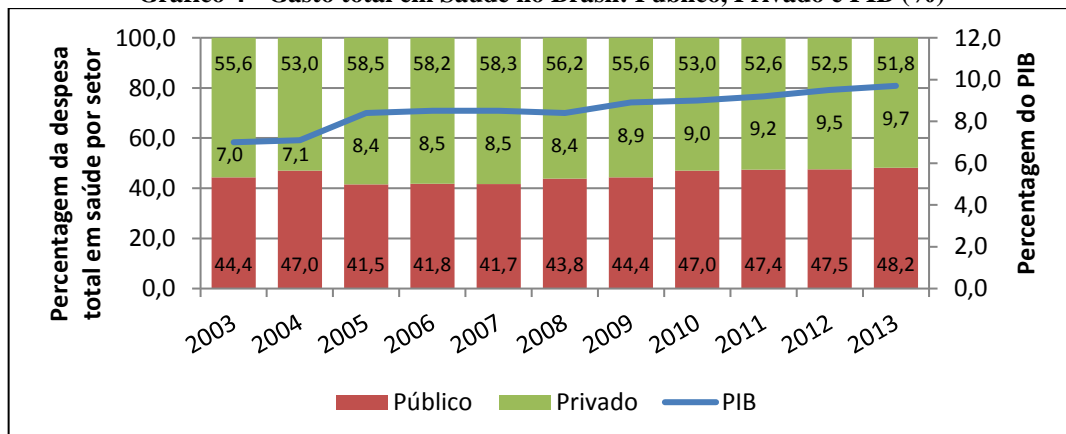
Gráfico 3 - Receitas e despesas, das operadoras em valores reais (Brasil-2015)

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2016) em valores reais, ajustado pelo IPCA/IBGE.

A magnitude desses valores é elevada. O Sistema Único de Saúde (SUS) teve 106 bilhões de reais como orçamento para 2014, praticamente o mesmo valor gasto pelas Operadoras de plano de saúde, demonstrado no gráfico acima.

Considerando que quase 50 milhões de pessoas são dependentes do plano de saúde, podemos inferir que a parte remanescente da população brasileira, 150 milhões, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015), são dependentes do SUS. Assim, o gasto por beneficiário em plano de saúde é quase três vezes maior que o gasto pelo SUS para o remanescente da população.

O gasto em Saúde no mundo está aumentando, e no Brasil não é diferente. Em 2003, o gasto em saúde foi equivalente a 7% do PIB, chegando em 2013 a 9,7%.

Gráfico 4 - Gasto total em Saúde no Brasil: Público, Privado e PIB (%)

Fonte: Alves (2015).

Apesar do crescimento dos beneficiários dos planos de saúde e os valores envolvidos neste mercado e sua participação no PIB, o número de operadoras médico hospitalar com beneficiários de saúde ativas que operam no mercado está em queda, conforme verifica-se na Tabela 3:

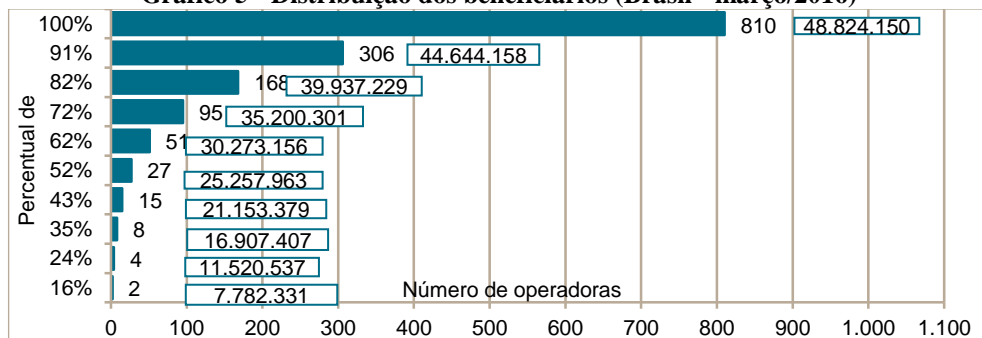
Tabela 3 - Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - dezembro/2000-março/2016)

Período	Operadoras de planos privados de saúde em atividade com beneficiários
dez/2000	1.458
dez/2001	1.456
dez/2002	1.381
dez/2003	1.345
dez/2004	1.302
dez/2005	1.242
dez/2006	1.197
dez/2007	1.168
dez/2008	1.118
dez/2009	1.088
dez/2010	1.045
dez/2011	1.006
dez/2012	961
dez/2013	915
dez/2014	875
dez/2015	824
mar/2016	806

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2016).

A redução no número de operadoras é uma das consequências da concentração do mercado, onde quatro operadoras, com mais de um milhão de beneficiários, detêm 24% do total de beneficiários médico hospitalares.

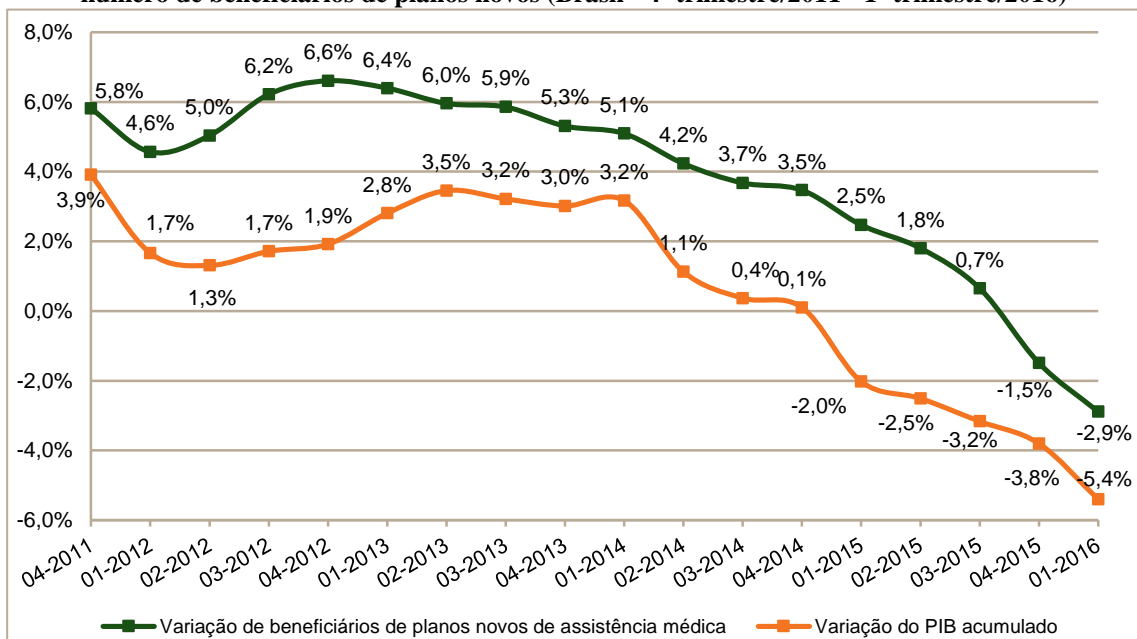
Gráfico 5 - Distribuição dos beneficiários (Brasil - março/2016)



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2016).

A representatividade da saúde suplementar no Brasil também pode ser percebida quando comparamos a variação do PIB com o número de novos beneficiários de planos saúde. Pode-se observar que o comportamento de ambas as séries é bastante semelhante, à medida que se observa uma retração na atividade econômica, a taxa de variação do número de novos beneficiários cresce com menos intensidade até alcançar a retração no quarto trimestre de 2015.

Gráfico 6 - Variação do PIB acumulado no ano em relação ao mesmo período do ano anterior e do número de beneficiários de planos novos (Brasil - 4º trimestre/2011 - 1º trimestre/2016)



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2016).

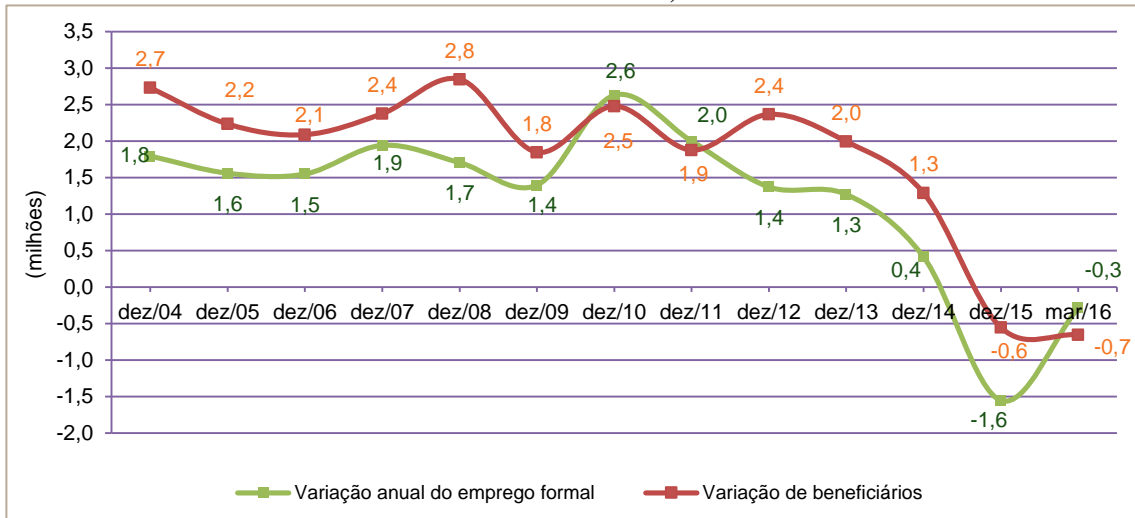
Notas: 1. Valor do PIB a valores constantes de 1995.

Notas: 2. Taxa é calculada pela razão entre PIB/Beneficiários acumulados no trimestre do ano corrente e PIB/Beneficiários acumulados no mesmo trimestre do ano anterior.

O impacto macroeconômico também é percebido na comparação dos beneficiários em planos de assistência médica e com a evolução do mercado de trabalho formal.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2015), a evolução do mercado de trabalho formal, medida pelo número de trabalhadores com carteira de trabalho e a evolução do número de beneficiários da saúde suplementar, sinaliza para a correlação entre as mesmas. O saldo da variação no número de beneficiários e no número de trabalhadores com carteira assinada foi negativo no final de 2015 e continua no primeiro trimestre de 2016.

Gráfico 7 - Variação anual de beneficiários em planos de assistência médica e de empregos formais (Brasil - 2004-2016)



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2016).

Neste capítulo foi analisada a evolução do mercado de saúde suplementar. Fica evidente a representatividade e relevância deste setor e suas consequências na economia brasileira como um todo. No próximo capítulo serão expostos os principais referenciais teóricos sobre assimetria de informações, seleção adversa e risco moral que afetam este mercado gerando distorções na alocação ótima de recursos.

3 ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO

Este capítulo tem como objetivo apresentar conceitos sobre a assimetria de informação e suas implicações na economia da saúde e especificamente aos planos de saúde.

A informação é um dos fatores mais importantes para a obtenção da eficiência do mercado, pois através dela os agentes podem ajustar os níveis de produção e preços, maximizando o bem-estar (um ótimo de Pareto). Quando a informação não é completa, ocorre uma falha de mercado que resulta em benefício de uma parte em detrimento da outra. Esse é o caso da informação assimétrica.

“O conceito de informação assimétrica encontra-se no cerne da atual teoria econômica, especificamente da microeconomia, que estuda o comportamento dos agentes e o funcionamento dos mercados.” (SALGADO, 2003, p. 2).

De acordo com Anderson (2013), a assimetria de informação ocorre quando a informação necessária para que compradores e vendedores cheguem ao "equilíbrio" não está igualmente distribuída entre todos os participantes de mercado.

Segundo Williamson (1987), a informação assimétrica ocorre quando a parte mais informada na transação pode explorar a parte menos informada. Este comportamento oportunista, devido à existência de informação assimétrica, leva a falhas de mercado, destruindo muitas propriedades desejáveis dos mercados competitivos.

Conforme argumenta Milgrom (1985), a economia da informação é o estudo de situações nas quais distintos agentes econômicos têm acesso a uma diferente informação. De acordo com Stiglitz (2002), pode-se dizer que a assimetria de informação é uma característica comum resultante da interação de mercado e também das interações sociais.

A existência dessa assimetria faz com que os agentes econômicos não aloquem seus recursos da maneira mais eficiente possível. Isso ocorre devido à incerteza em relação ao comportamento do outro agente envolvido na troca e, assim, sobre o retorno esperado da transação. Por isso, um indivíduo pode estar disposto a abrir mão da eficiência alocativa para minimizar o risco da troca.

“A assimetria de informação, que se apresenta tanto no mercado regulado quanto no mercado em que os sujeitos se encontram em um regime de livre competição, causa efeitos que [...] podem diminuir o bem-estar social.” (DELGADO; CAMPOS, 2012).

Arrow (1963), foi o primeiro a argumentar que a incerteza existente no setor da saúde era tal que não surgiriam naturalmente mercados de seguro para cobrir todos os riscos

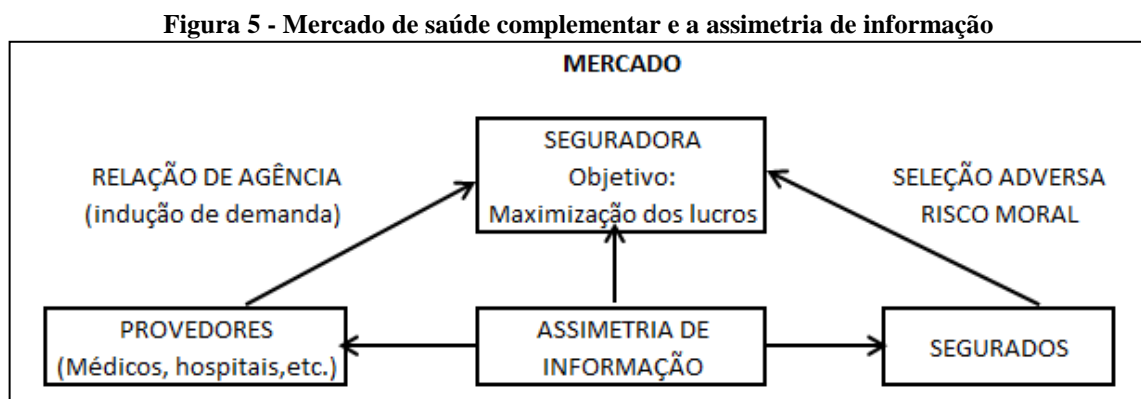
presentes, tendo-se a partir daí iniciado a discussão das implicações em termos de organizações e intervenções desejáveis e possíveis.

Para Maia (2004), o mercado de saúde suplementar é caracterizado por múltiplas imperfeições, em razão de suas particularidades que o distinguem do consumo de grande parte dos demais bens e serviços. Podemos destacar três características deste setor: a incerteza do tempo e da quantidade, a presença de informação assimétrica e o ambiente onde os bens e serviços e saúde são consumidos.

Assim, de acordo com Godoy (2008), informação assimétrica ocorre toda vez que as informações, apesar de estarem disponíveis no mercado, são de difícil acesso, fazendo com que o agente econômico se esforce para conseguir as informações necessárias ou mesmo contrate um profissional especializado no setor para transmiti-las. As assimetrias de informação podem ocorrer em dois momentos: *ex ante* (pré-evento) e *ex post* (pós-evento). Os efeitos causados pela informação assimétrica são a seleção adversa e o risco moral.

Da mesma maneira, Stiglitz (1985) discorre que a assimetrias de informações entre duas partes que transacionam ocorre quando uma parte detém mais informações do que a outra, seja *ex ante* em relação às características do que está sendo comprado ou vendido, seja *ex post* em relação ao comportamento dos indivíduos depois de firmado o contrato. Desta forma, os modelos de seleção adversa tratam de problemas de informações imperfeitas associadas ao primeiro caso, enquanto que os de risco moral abordam os problemas de informações relacionados ao segundo.

Nos planos de saúde, os riscos da assimetria de informação podem ocorrer entre provedores de saúde e pacientes, provedores de saúde e operadoras e ente consumidores e operadoras. Conforme figura 5:



Fonte: Godoy (2008, p. 52).

Andrade e Lisboa (2001) abordam que na presença de informação assimétrica, as relações contratuais entre seguradoras, prestadores médico-hospitalares e consumidores podem apresentar desequilíbrios decorrentes dos denominados problemas de agência. Na relação entre o agente (plano de saúde) e o principal (paciente), o risco moral e a presença de seleção adversa acarretariam a uma maior utilização dos serviços e um aumento das mensalidades, sendo fontes de ineficiência no sentido de Pareto, ao impedir a obtenção da melhor alocação possível.

3.1 TEORIA DO AGENTE PRINCIPAL

A economia da informação assimétrica tem sido uma importante ferramenta da análise econômica para explicar muitos aspectos do funcionamento da economia, sendo a relação principal-agente é um aspecto central da informação assimétrica, segundo Arrow (2003).

Da mesma maneira, para Pratt e Zeckhauser (1985), dada a assimetria de informação – os agentes geralmente conhecem mais sobre suas tarefas do que os principais – nós não podemos esperar que qualquer firma ou organização funcione do mesmo modo que se a informação fosse sem custos ou que os incentivos dos principais e agentes estivessem alinhados.

Assim, segundo Jensen e Meckling (1976), uma relação de agência é um contrato sob o qual uma ou mais pessoas (os principais) engajam outras pessoas (o agente) para desempenhar algum serviço que envolva delegação de alguma decisão ao agente.

A teoria da agência, conforme Sato (2007) argumenta que a informação é naturalmente assimétrica entre agentes e principal e que, quando os conflitos de interesse existem, agentes e principais podem fazer uso de informações exclusivas e do poder de coerção para influenciar contratos que estejam demasiadamente favoráveis a uma determinada parte. Para se atingir um ponto ótimo de um contrato com relação aos custos de agência, é necessário balancear os *trade-offs* de maximização de benefícios, onde não é possível melhorar os resultados de uma das partes sem prejudicar as demais. Nesse ponto, atingir-se-ia o conhecido ótimo de Pareto.

Nessa mesma linha, Barros (2009) argumenta que a relação de agência nada mais é do que a delegação de decisões por parte de um agente a outro agente econômico que possui mais informação.

No setor saúde, o exemplo mais frequente desta relação é dado pela indicação do médico sobre o tratamento a ser seguido no caso de doença. Um médico tem o papel não só de realizar o diagnóstico como definir o tratamento, pois possui uma maior capacidade de obter e

processar informação sobre a condição clínica do indivíduo. Assim, a relação de agência seria o paciente como principal, delegando ações de decisão para o agente, o médico.

3.2 SELEÇÃO ADVERSA

A seleção adversa é um problema pré-contratual de assimetria de informação, que, conforme Mas-Collell, Whinston e Green (1995), acontece no momento em que as decisões de troca de um indivíduo informado dependem de suas informações privadas de maneira que elas afetam de modo adverso os participantes não informados no mercado.

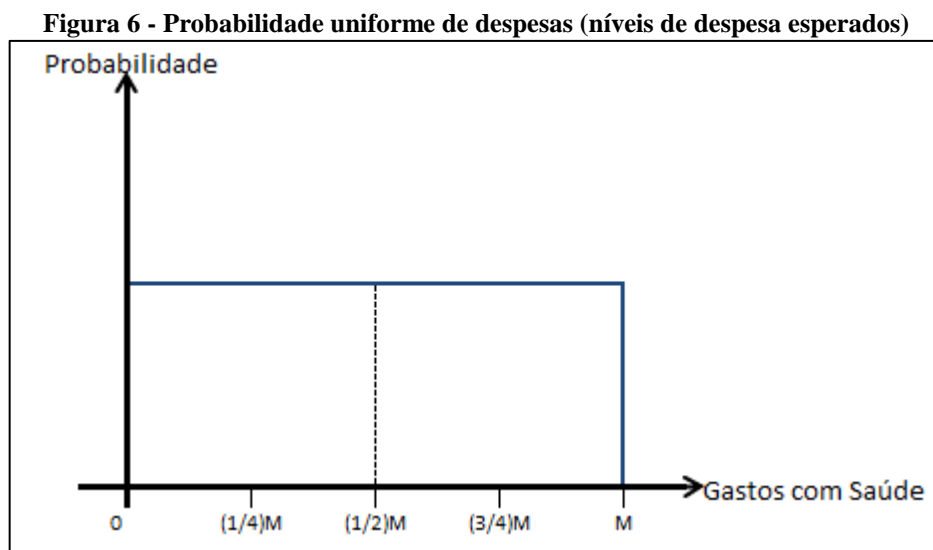
Para Cutler e Zeckhauser (2000), a seleção adversa pode levar a três tipos de ineficiências: preço não reflete o custo marginal; seguradores mudam a oferta para dissuadir os doentes e atrair indivíduos saudáveis (seleção de risco); e a divisão de risco é perdida. Esse problema foi introduzido por George Akerlof (1970), demonstrando que sua incidência afetava os mercados de carros usados, denominado “*Market of Lemons*”.

Neste artigo, Akerlof (1970), demonstrou que devido à assimetria de informação o mercado de carros usados seleciona adversamente os carros colocados à venda. Este problema reduz a oferta de carros usados e a quantidade de compradores, pois poucos carros bons são colocados à venda. Desta forma, essa assimetria de informação reduz a eficiência do mercado na alocação eficiente de recursos.

O modelo exposto por Akerlof (1970) é similar ao problema que surge no mercado de assistência à saúde quando os consumidores de plano de saúde têm plena informação sobre sua saúde enquanto que as operadoras não têm esta informação. As operadoras são incapazes da plena distinção entre os consumidores e assim estabelece um prêmio médio de seguro para todos consumidores. Neste caso, somente aqueles indivíduos cujos riscos estão acima da média, isto é, os mais propensos a adoecer, tenderão a aderir ao plano de saúde. Já os com menores predisposições a adoecer, não adeririam ao plano, visto que o risco de adoecer é menor em relação ao valor do seguro.

Esta ação resulta em perdas para a operadora e, então, para se reequilibrarem, elas teriam que elevar as contraprestações pecuniárias. Contudo, como o problema é recorrente, essas mensalidades iriam subir novamente e, no limite, se tornariam extremamente elevadas, podendo ocasionar na extinção mercado de seguro, pois as seguradoras não iriam mais ofertar seguros, visto que não haveria mais consumidores dispostos a pagar uma mensalidade tão elevada.

Folland, Goodman e Stano (2008) analisaram este modelo de Akerlof (1970) para o mercado de saúde. Na figura 6, temos que o eixo horizontal mede os níveis de gastos com saúde esperada, para uma população n . Estes gastos, durante o período de vigência, variam de \$0 a \$M. Já o eixo vertical representa a probabilidade de utilização de despesa com saúde para essa população. A seguradora fixará o preço deste seguro no ponto de equilíbrio, isto é, seu prêmio será suficiente para cobrir os custos médios dos segurados e os carregamentos atinentes (despesas administrativas, tributos e margem de lucro).



Fonte: Folland, Goodman e Stano (2008, p. 267).

Como a seguradora espera ter um gasto de \$ $(1/2)M$, ela irá requerer um prêmio de no mínimo no mesmo montante para seu ponto de equilíbrio. A seleção adversa poderá ocorrer porque os segurados conhecem muito mais sobre seus gastos esperados com saúde no próximo período do que a seguradora, visto a assimetria de informação entre o segurado e a seguradora.

Quando a seguradora estabelece o prêmio de \$ $(1/2)M$ esperando equilibrar o mercado, os usuários mais saudáveis, que esperam ter um gasto menor do que \$ $(1/2)M$ não irão aderir ao plano de saúde, visto que o prêmio será maior do que seus nível conhecido e privado de gastos esperados com saúde.

Por consequência, quando estas pessoas saudáveis, com gasto esperado do menor que \$ $(1/2)M$, deixam de aderir ao plano de saúde, permanecerão segurados apenas pessoas, cujo gasto esperado seja maior que \$ $(1/2)M$, isto é, aquelas com gastos esperados entre \$ $(1/2)M$ e \$M. Desta forma, o novo gasto médio ascenderá para \$ $(3/4)M$. Portanto, os indivíduos de

alto risco tendem a expulsar os indivíduos de baixo risco e o mercado pode entrar em colapso se não forem encontradas maneiras de lidar com este problema.

Nos planos de saúde, a seleção adversa ocorre no caso das operadoras de plano de saúde que não conhecem perfeitamente o risco de cada indivíduo antes deste aderir ao plano de saúde. Assim, a mensalidade é calculada pela média desses indivíduos. A consequência são os indivíduos com risco superior à média terem incentivo a aderirem ao plano de saúde, de maneira contrária, aqueles com risco inferior a média não adeririam ao plano.

“A seleção adversa ilustra o *trade-off* entre eficiência e redistribuição de renda no mercado de saúde, pois reduz a eficiência dos mercados de saúde enquanto redistribui a renda das pessoas saudáveis para as pessoas de maior risco.” (MEDEIROS, 2010, p. 25).

Na argumentação de Maia (2004), a seleção adversa ocorre em dois casos: o primeiro consiste quando um beneficiário com custo assistencial acima da média populacional contrata um plano de saúde e o segundo quando o plano contratado é o mais generoso (maior cobertura de procedimentos e prestadores), isto é, os planos mais generosos possuem beneficiários com piores estados de saúde, enquanto nos planos menos generosos, indivíduos mais saudáveis.

3.3 RISCO MORAL

No problema de risco moral, ou *moral hazard*, os participantes têm a mesma informação quando a relação contratual é estabelecida, e a assimetria de informação surge do fato que, uma vez que o contrato tenha sido firmado, o principal (operadoras) não pode observar (ou não pode verificar) a ação do agente (beneficiários), ou no mínimo, o principal não pode controlar perfeitamente a ação.

Conforme Stiglitz (2002), o problema do risco moral surge porque os níveis de cuidados não podem ser observados. Cada indivíduo ignora o efeito de suas ações sobre o prêmio, mas quando todos eles são menos cuidadosos acarreta em elevação nas mensalidades. Assim, a falta de cuidado por cada um exerce uma externalidade negativa sobre os outros.

O risco moral é consequência da assimetria de informação que prejudica o monitoramento das ações e determina comportamentos distintos daqueles que seriam encontrados caso a informação estivesse completas. Para Brunetti (2010), se fosse possível para ambas as partes conhecerem todas as informações, não haveria aparecimento do risco moral.

Para Cutler e Zeckhauser, (2000), quando é estabelecido um contrato de seguro, há certo relaxamento dessa restrição orçamentária, pois o agente agora deixa de arcar com os

custos totais de suas despesas e, dessa maneira, os planos de saúde, ao retirarem do paciente o ônus financeiro dos serviços médicos, modificam sua estrutura de incentivos, permitindo o surgimento de comportamentos oportunistas, entre eles o risco moral.

O risco moral gera ineficiência econômica, porém, segundo Godoy (2008), a mudança de comportamento do segurado após adquirir um seguro saúde é perfeitamente racional, não estando relacionado com padrões de conduta moral, uma vez que este segurado tem incentivo a mudar seu padrão de consumo.

O risco moral pode ser segmentado em três classes, conforme Zweifel e Manning (2000):

- a) risco moral *ex-ante*, onde se considera a diminuição na prevenção à saúde, ocasionando maior probabilidade de o indivíduo ficar doente e, por consequência, de utilização de serviço médico;
- b) risco moral *ex-post* estático, há elevação de utilização dos serviços médicos em virtude de uma nova tecnologia; e
- c) risco moral *ex-post* dinâmico, onde se adota uma tecnologia médica avançada, porém o custo é elevado em relação aos benefícios que oferecem.

Segundo Maia, Andrade e Oliveira (2004), o risco moral é caracterizado como a sobre utilização de serviços médicos quando o segurado, que tem algum plano de saúde, tende a visitar os médicos com maior frequência, visto que o custo marginal de utilização é zero ou próximo de zero.

Diante desse fato, Alves (2004) afirma que o segurado não tem incentivo suficiente para racionalizar sua demanda e provoca a utilização desnecessária, alterando a distribuição de probabilidades associadas à ocorrência do evento indenizável.

Contudo, há mecanismos para minimizar os efeitos do risco moral que são permitidos pela regulamentação do mercado de saúde suplementar no Brasil. Os mecanismos de regulação permitidos são: a adoção de fator moderador (franquia⁶ e coparticipação⁷); mecanismos de *gatekeeper*; direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso.

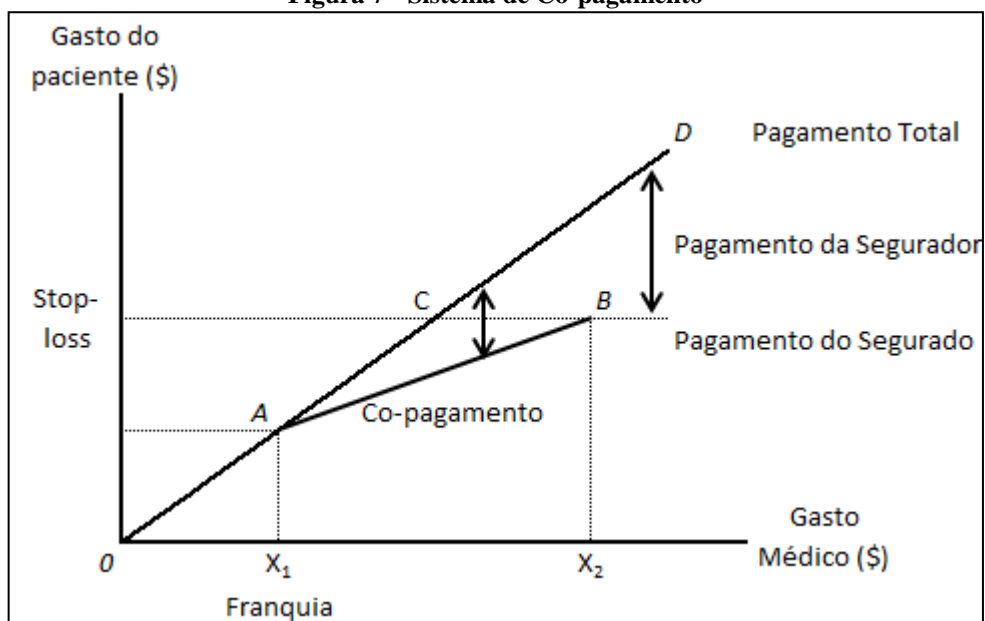
⁶ Segundo o Glossário Temático Saúde Suplementar, franquia é o mecanismo de regulação financeira que define o estabelecimento de valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de reembolso e pagamento da assistência à rede credenciada ou referenciada (BRASIL, 2012).

⁷ Segundo o Glossário Temático Saúde Suplementar, coparticipação é o mecanismo de regulação financeira que compreende a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora (BRASIL, 2012).

O mecanismo de regulação mais utilizado no mercado de saúde suplementar no Brasil é o fator moderador, na forma de franquia ou coparticipação. Esta estrutura de regulação faz que com o segurado participe, monetariamente, com o pagamento de uma fração dos custos⁸. Esta participação do beneficiário ocasiona em utilização mais racional, reduzindo a sobreutilização.

Para Godoy (2008), esta diminuição racional de utilização acarreta em aumento de utilidade tanto para o segurado como para seguradora. Assim, as seguradoras minimizam o problema de risco moral, pois uma parcela dos custos de utilização será de responsabilidade do beneficiário. Este fato pode ser ilustrado pela curva que representa o pagamento do segurado, com três inclinações diferentes: o primeiro segmento da reta, compreendido entre o pontos 0 e o ponto A refere-se ao valor pago pela apólice de seguro; o segundo segmento, entre os pontos A e B refere-se à coparticipação entre o segurado e a seguradora, onde o custo de acesso ao serviço médico é compartilhado entre os dois agentes; já o terceiro segmento, entre os pontos C e D refere-se ao caso em que a curva de custo do segurado é perfeitamente elástica, implicando que o custo marginal é zero, neste intervalo, assim todo gasto adicional é coberto pela seguradora.

Figura 7 - Sistema de Co-pagamento



Fonte: Cutler e Zuckhauser (2000).

⁸ De acordo com o Conselho de Saúde Suplementar (1998b), é proibido estabelecer coparticipação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços.

O problema do risco moral pode ser identificado quando comparado às decisões tomadas pelo agente em dois estados de natureza: quando saudável e quando enfermo. De acordo com Zweifel e Manning (2000), avalia-se que o indivíduo tenha uma probabilidade π de ficar doente, momento este que o deixará com uma renda (y^s) definida pela seguinte restrição:

$$\pi: y^s = Y_0 + I(pM) - P - pM = c^s(1)$$

π : probabilidade de ficar doente;

Y_0 : dotação inicial (riqueza inicial);

p : preço do serviço médico;

M : quantidade total da demanda de atendimento;

$I(pM)$: porção dos gastos com serviço médico coberto pelo seguro;

P : prêmio do seguro (plano de saúde);

C^s : total consumido quando enfermo.

Com probabilidade $(1-\pi)$, o indivíduo se mantém sadio e sua renda (y^h) deve atender a essa nova restrição:

$$(1 - \pi): y^h = Y_0 = wW - P = C^h(2)$$

Onde

$(1 - \pi)$: probabilidade de ficar sadio;

w : taxa de salário (preço da hora trabalhada);

W : tempo total trabalhado;

C^h : total consumido quando saudável.

Assim, assume-se que o indivíduo não receba renda proveniente do trabalho (wW) quando enfermo. A dimensão da cobertura do seguro é determinada por uma taxa de coparticipação (c), que se refere à porção dos gastos que recai sobre o usuário.

$$I(pM) = k \cdot pM, \text{ com } k = 1 - c, 0 \leq c \leq 1 \quad (3)$$

O total gasto com serviços de saúde, e que o beneficiário arca com a proporção c , influencia negativamente no custo do sinistro (pM).

Quando é substituída a equação (3) e esta em (1), é obtida a equação (4), ou seja, o ônus do atendimento de saúde recai totalmente sobre o plano de saúde. Tem-se, portanto, a seguinte renda disponível:

$$y^s = Y_0 + -P - cpM = C^s \quad (4)$$

Resolvendo para M , temos:

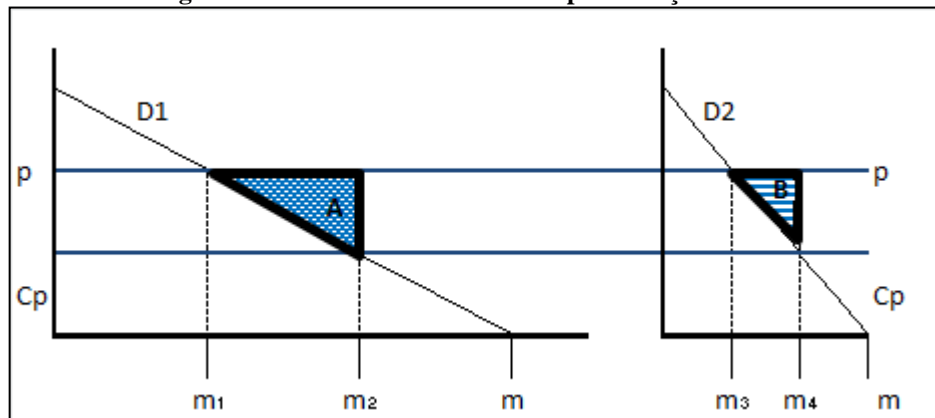
$$M = \frac{Y_0 - P - C^s}{cp} C^s \quad (5)$$

Dessa forma, quanto menor a taxa de coparticipação e o preço do serviço, maior a renda disponível para o consumo e, portanto, maior o incentivo para que o consumo de serviços médicos aumente além do nível considerado ótimo.

Há, ainda, perdas de bem-estar devido ao problema de risco moral no mercado de saúde em relação à elasticidade da demanda por serviços médicos.

A Figura 8 mostra duas curvas de demanda por serviços médicos, $D1$ e $D2$, sendo esta última mais inelástica. No preço de equilíbrio p , em $D1$, os consumidores escolhem comprar ou adquirir $m1$ unidades de cuidados médicos, já em $D2$, estes clientes escolhem adquirir $m3$ unidades de cuidados médicos sobre o mesmo preço de equilíbrio p .

Figura 8 - Elasticidade da demanda por serviços médicos



Fonte: Phelps (1992).

Com a aquisição de um plano de saúde, o novo preço de equilíbrio será dado por C_p , menor que o preço anterior, sem aquisição do plano de saúde. Com esse preço, a quantidade demanda de cuidados médicos se alterará, sendo m_2 , para curva de demanda D_1 e m_4 para curva de demanda D_2 . Logo, as áreas hachuradas A e B representam as perdas de bem-estar, isto é, os cuidados médicos extras são menos valorizados pelos consumidores do que seu custo. A perda de bem-estar é menor quanto menos elástica for a curva de demanda.

Este capítulo analisou a assimetria de informação, avaliando a teoria do agente principal, a seleção adversa e o risco moral, com suas consequências no mercado de saúde suplementar.

O próximo capítulo será abordado a evolução do mercado de saúde suplementar do Brasil.

4 MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR ANTES E APÓS A LEI 9.656/98

Este capítulo tem como objetivo traçar um breve histórico do mercado de saúde suplementar no Brasil demonstrando as principais diferenças antes e depois de sua regulamentação, em 1999.

Os serviços privados de assistência à saúde no Brasil surgem no final da década de 1960, sob a forma de planos de assistência médica, e na década de 1970 aparecem e se consolidam os chamados seguros de saúde e as cooperativas médicas.

“Nesse período, os consumidores encontram na legislação civil e nas conciliações o caminho das soluções dos problemas advindos das relações contratuais, que se apresentam sob a forma de contratos de adesão.” (LIMA, 2005, p. 49). Durante a década de 1990, constatou-se que o setor de Saúde Suplementar teve um crescimento desordenado e desregulado, o que levou à aprovação das Leis n. 9.656/98 e, em seguida, n. 9.961/2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar. (BRASIL, 2007, p. 27).

Dois fatores conjugados desencadearam este processo de regulamentação, segundo Bahia (2003): por um lado, o aumento da concorrência, com a entrada no mercado de duas grandes seguradoras para disputar os clientes, exigindo regras de competição mais claras que permitissem a entrada de empresas de capital estrangeiro; por outro, a convergência de demandas de consumidores, entidades médicas e secretarias de saúde, para a garantia de superação de restrições de assistências existentes em contratos.

De acordo com Brunetti (2010), até a constituição de 1988, havia um sistema que pode ser considerado como um sistema público previdenciário, ou seja, apenas os trabalhadores que contribuía para a previdência social tinham o direito à utilização dos serviços públicos federais ofertados pelo Instituto Nacional de Previdência Social – INAMPS. Os demais cidadãos, que não contribuía e necessitavam de atendimento em instituições de caridade ou adquirir serviços por meio do sistema privado.

A promulgação da Constituição de 1988 dispõe, no artigo 196, que a Saúde é um direito de todos e dever do Estado e as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS destacam a universalidade do acesso e a integralidade de assistência médica.

A universalidade foi observada em dois pontos simultâneos: a totalidade da população brasileira coberta pelo Sistema de Saúde público e, por consequência, a queda na qualidade desses serviços por este sistema. Para Bahia (2001), essa transformação levou grande parte da classe média a migrar do sistema público de saúde para a alternativa privada, mais tarde denominada Sistema de Saúde Complementar. Andrade e Lisboa (2001) quantificaram que,

em 1987, havia 24,4 milhões de beneficiários de plano de saúde e passou para 42,3 milhões em 1994, um aumento de 73,4%, já em 2015, o número de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares superaram os 49 milhões.

De acordo com Moreira (2004), a criação de uma entidade reguladora da saúde pode ser traduzida efetivamente na criação de um mercado de cuidados de saúde, em que os atores principais deixam de ser estabelecimentos públicos sem a lógica empresarial, de um lado, e pacientes de serviços públicos gratuitos de outro, para passarem a ser entidades empresariais, sujeitas a uma lógica de mercado, sendo remuneradas pelos cuidados efetivamente prestados, e consumidores de cuidados de saúde que são remunerados aos prestadores, embora não necessariamente pelos próprios consumidores.

A regulação do mercado de saúde suplementar tem por objetivo corrigir os problemas que desequilibram a relação entre consumidores e operadores de planos, procurando conciliar a dimensão assistencial e a econômico-financeira, ao fiscalizar a prestação de serviços à saúde, por um lado, e a viabilidade financeira das carteiras, por outro.

A Lei 9656 de 1998 regulou o mercado na esfera administrativa, como a necessidade de registro de operadora e produtos, condições de entrada e saída do mercado. No âmbito assistencial, as regulações trouxeram coberturas mínimas obrigatórias listadas no rol de procedimentos e eventos em saúde⁹ de quantidades ilimitadas, limitação de carências, vedação de exclusão de doenças, limites de atendimento. Já no âmbito econômico-financeiro, originou a necessidade de solvência, capital mínimo, provisões técnicas, reservas e garantias financeiras. Estas são ditas regulação prudencial, que tem por objetivo a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do regulado com o intuito de garantir a continuidade e a qualidade do serviço contratado ao consumidor.

Para Serra (2016), a regulação prudencial, no caso do mercado de planos de saúde, almeja que as operadoras reconheçam de maneira adequada as obrigações assistenciais, minimizando a possibilidade de percepção irreal de liquidez, de forma que sejam mantidos recursos suficientes para a garantia de suas atividades.

As operadoras de saúde assumem o risco que são eventos aleatórios que causam dano econômico e, diferentemente das seguradoras, não há perda máxima provável, isto é, as operadoras terá que saldar o sinistro, independente do valor. Isso ocorre, pois a legislação brasileira, não permite estabelecer limites financeiros de cobertura para o segmento de saúde

⁹ Cobertura mínima obrigatória de procedimentos e eventos em saúde que deve ser garantida por operadora de plano privado de assistência à saúde de acordo com a segmentação do plano de saúde contratado.

suplementar, diferentemente dos demais ramos do seguro. Desta forma, a regulação prudencial torna-se fundamental a fim de assegurar a liquidez e a solvência das Operadoras.

Na visão administrativa e financeira, a regulação trouxe regras para dar maior confiabilidade e transparência ao mercado, onde destacam:

- a) a exigência de autorização para funcionamento e condições para o encerramento de atividades das Operadoras;
- b) necessidade do registro de todos os produtos comercializados;
- c) controle dos reajustes anuais dos planos;
- d) padronização dos demonstrativos da contabilidade;
- e) exigência capital mínimo e constituição de provisões técnicas;
- f) regras de solvência e liquidez;
- g) definição de ativos garantidores para fazer frente às provisões técnicas;
- h) definição regras para regimes especiais de direção fiscal e de liquidação extrajudicial.

Conforme Alves (2015, p. 6), com exceção das seguradoras, que já se submetiam à regulação da SUSEP, as demais operadoras não estavam sujeitas à regulamentação específica até a publicação da Lei 9.656, que normatizou o setor e, posteriormente, da Lei 9.961, que criou o órgão regulador e fiscalizador desse mercado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Em 2001, as seguradoras foram submetidas à regulação da ANS pela lei 10.185/01, que exigiu ainda a especialização das seguradoras no ramo de saúde.

Já na parte assistencial, nos planos anteriores à Lei 9656/1998, vários procedimentos não eram cobertos, pois eles não estavam amparados por essa lei. Além disso, alguns procedimentos cobertos tinham utilização limitada. Já os contratos firmados sob a vigência da Lei 9656/1998, denominados planos regulamentados, apresentou, segundo Alves (2004), grandes vantagens para os beneficiários, pois os contratos oferecem uma maior quantidade de serviços, como número de consultas, dias de internação, de UTI e exames ilimitados. Além da cobertura ilimitada, consta nesta regulamentação controle governamental sobre os reajustes de preços dos planos de saúde individuais; proibição de seleção de risco por doença ou lesão pré-existente; regulamentação das coberturas obrigatórias mínimas; controle atuarial sobre os preços de venda dos planos; imposição de faixas etárias padronizadas para efeito de reajustes por idade; regulamentação dos períodos de carência.

Segundo Mesquita (2002), as principais inovações, no âmbito assistencial, introduzidas pela Lei n. 9.656/1998 foram:

- a) a criação de um plano de cobertura completa, denominado plano referência, que deveria ser obrigatoriamente oferecido a todos os atuais e potenciais consumidores;
- b) a delimitação dos diferentes tipos de planos de saúde segundo a complexidade do nível de atenção, tais como ambulatorial, hospitalar, com ou sem atendimento obstétrico e atendimento odontológico, além da padronização das respectivas amplitudes de cobertura;
- c) a compulsoriedade da renovação automática do contrato ou plano para as operadoras quando de seu vencimento, sem cobrança de nenhum ônus ao consumidor;
- d) a expressa proibição de as operadoras rejeitarem usuários em razão de sua faixa etária ou de estes serem portadores de doença que requer ampla assistência;
- e) a proibição de reajustes nos preços dos planos de saúde para usuários maiores de 60 anos ou possuidores de planos há mais de dez anos;
- f) o estabelecimento de requisitos mínimos obrigatórios em todos os contratos de planos de saúde;
- g) o estabelecimento também de responsabilidades aos prestadores dos serviços no atendimento aos usuários, com compromisso vinculado às operadoras;
- h) a possibilidade de o trabalhador ou o aposentado, no caso de planos coletivos de vínculos empregatícios, continuarem segurados pelo plano mediante a continuidade do seu pagamento, antes realizada pela instituição empregatícia;
- i) a garantia de acomodação em leito hospitalar sob as características e as condições mínimas preestabelecidas no contrato. Em caso de indisponibilidade, o prestador do serviço de saúde deve alojar o paciente em um nível superior de acomodação;
- j) a possibilidade de os consumidores detentores de contratos estabelecidos antes da lei optarem pela adaptação aos requisitos e benefícios decretados pela nova regulamentação;
- k) a obrigatoriedade incondicional de atendimento de urgência e emergência a todas as prestadoras e operadoras de saúde;
- l) o estabelecimento de um período de 24 meses de carência para doenças ou lesões preexistentes, ou seja, anteriores à vigência do contrato; de trezentos dias para

partos; de 180 dias para consultas, internações, cirurgias, etc.; e de no máximo 24 horas para atendimentos de urgência e emergência.

A Figura 9, abaixo, resume os principais pontos modificados pela Lei 9.656/98.

Figura 9 - Coberturas dos planos de saúde

Situação antes da Lei 9656/1998	Situação após da Lei 9656/1998
=> Exclusão de cobertura: Doenças crônicas e preexistentes => Limitação de internação hospitalar e em UTI de consultas, de exames e de procedimentos => Livre exclusão de beneficiários => Sem limites para o estabelecimento de carências => Liberdade para definição de faixas etárias para fins de precificação => Liberdade de preços e reajustes => Ausências de regras prudenciais (com exceção das seguradoras)	=> Contratos devem oferecer coberturas obrigatórias (CID e rol de procedimentos) => Vedada a limitação: internação hospitalar e em UTI, consultas, exames e procedimentos => Vedada discriminação de beneficiários => Delimitação de carências => Cobertura Parcial Temporária (CPT) => Limites de faixas etárias/ 60 anos => Autorização prévia de reajustes => Garantias para aposentados e demitidos => Vedada rescisão unilateral do contrato => Vigência imediata do contrato => Sigilo de informações => Regras de entrada, saída e operação => Ressarcimento ao SUS

Fonte: Alves (2004, p. 8).

Essas mudanças citadas elevaram o risco das operadoras, com assistenciais ilimitadas, que por consequência, elevaram o preço dos planos de saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (2000) também segmentou as operadoras de cobertura médico-hospitalar, que foram classificadas nas seguintes modalidades¹⁰:

- a) **autogestão**: entidades que operam serviços de assistência à saúde destinadas exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como seus dependentes; associações de pessoas físicas ou jurídicas; fundações; sindicatos e entidades de classes profissionais e seus dependentes.

¹⁰ Classificação indicada pela Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2000).

- b) **cooperativas médicas:** Classificam-se na modalidade de cooperativa médica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde.
- c) **filantrópicas:** entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, certificadas como entidades filantrópicas no Conselho Nacional de Assistência Social e declaradas como de utilidade pública no Ministério da Justiça se for federal, ou nos órgãos responsáveis dos governos estaduais e municipais.
- d) **administradoras:** empresas que administram planos de assistência à saúde financiadas por outra operadora, não assumindo, portanto, o risco decorrente da operação desses planos; não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos e não possuem beneficiários.
- e) **seguradoras especializadas em saúde:** seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse grupo, devendo seu estatuto social vedar a atuação em qualquer outro ramo ou modalidade.
- f) **medicina de grupo:** demais empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde.

A importância dessas modalidades está nos modelos jurídico-institucionais diferenciados e pelas características próprias quanto à sua forma de atuação no mercado anterior a regulação.

Desde 2000, as Cooperativas Médicas e as Medicinas em Grupo detêm mais de dois terços dos beneficiários. Em março/2016, a participação chegou a 73%, sendo 38% para as cooperativas médicas e 36% para as Medicinas em Grupo, demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4 - Proporção de Beneficiários por modalidade em % (2000 – 2016)

	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora Especializada em Saúde
dez/2000	17,1	25,8	3,6	38,5	15,0
dez/2001	16,6	26,7	3,5	38,4	14,7
dez/2002	16,7	27,3	3,4	38,6	13,9
dez/2003	16,5	29,0	3,2	37,5	13,8
dez/2004	15,9	29,7	3,2	38,6	12,7
dez/2005	14,8	31,1	3,2	39,5	11,4
dez/2006	14,2	32,4	3,2	39,5	10,7
dez/2007	13,8	33,4	3,4	38,6	10,8
dez/2008	13,3	34,4	3,2	37,5	11,6
dez/2009	13,0	35,5	3,2	36,8	11,6
dez/2010	12,5	36,6	3,1	35,9	11,8
dez/2011	10,9	37,4	3,0	35,8	12,8
dez/2012	10,8	37,5	2,9	35,1	13,7
dez/2013	10,3	37,7	2,8	34,9	14,3
dez/2014	10,4	38,4	2,1	34,3	14,8
dez/2015	10,3	38,3	2,2	35,0	14,1
mar/2016	10,3	37,8	2,2	35,5	14,2

Fonte: Brasil (2016).

A regulação dos planos de saúde também acarretou no aumento significativo de número de demandas judiciais envolvendo consumidores e operadoras.

Para Vianna (2013), o problema é que, com essa intensificação de ações judiciais envolvendo planos de saúde, passam a ser encontradas decisões que, por um lado, muitas vezes ignoram a existência de lei e regulamentos específicos que tratam do assunto e, com argumentos vagos e subjetivos, determinam às operadoras obrigações que contrariam e/ou vão além das previsões legais e contratuais, principalmente no que diz respeito à cobertura de procedimentos em planos antigos e reajustes dos preços em razão do implemento de determinada idade. Por outro lado, também é possível encontrar decisões judiciais tímidas diante da violação da lei e do próprio contrato praticado por operadoras de planos de saúde em detrimento dos seus consumidores.

Segundo Azevedo et. al (2016), Judicialização da saúde e seus efeitos sobre a cadeia de saúde suplementar constitui tema complexo, de extrema relevância, onde a Judicialização tem elevado impacto de custos para o setor (público e privado) e caráter regressivo, tendo em vista que o acesso ao judiciário é restrito aos agentes com mais renda.

Nesta seção foi comparado o mercado de saúde suplementar antes após a edição da Lei 9656/1998, onde as ampliações das coberturas assistenciais e a regulação prudencial tiveram grande impacto aos atores destes mercados, operadoras, beneficiários e prestadores.

No próximo capítulo será feito uma revisão bibliográfica sobre a incidência da informação assimétrica no mercado de saúde suplementar Também serão analisadas algumas normatizações da ANS e seus impactos no âmbito da informação assimétrica.

5 REGULAMENTAÇÕES DA ANS E SEUS IMPACTOS NA PRESENÇA DA ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO

O objetivo deste capítulo consiste em uma análise da presença assimetria de informação do mercado de saúde suplementar no Brasil e análise de normatizações da ANS que podem explicar esta falha de mercado.

A regulação da saúde suplementar, conforme argumenta Alves (2004), ao implementar o constante aumento de coberturas obrigatórias, criar mecanismos engessados para a precificação do risco, limitar o reajuste de preços, dentre outras regras, produziu efeitos secundários sobre a eficiência do mercado.

Andrade e Maia (2006) afirmam que, no setor de saúde suplementar, há a presença da seleção adversa e que esta foi agravada com a regulamentação. Em sua análise os resultados indicam que, quanto maior o risco, maior a probabilidade de o indivíduo adquirir um plano de saúde, tendo a regulação um incentivo a esse problema de seleção adversa.

A existência da seleção adversa de beneficiários no setor de saúde suplementar foi evidenciada também por Alves (2007), impulsionada pela regulamentação dos planos de saúde.

Godoy (2008) também encontrou evidências da presença de seleção adversa após a regulamentação desse mercado.

Em contrapartida, Nishijima, Postali e Fava (2011) refutam a hipótese de que a regulamentação tenha acarretado a seleção adversa de beneficiários nos planos de saúde, visto que não houve evidências significativas para afirmar a presença da seleção adversa de beneficiários após regulamentação.

Na mesma linha, Godoy, Balbinotto Neto e Barros (2009), rejeitam a existência de aumento de demanda por serviços médicos após a regulamentação, concluindo que não há a presença da seleção adversa no setor de saúde suplementar.

Godoy, Balbinotto Neto e Barros (2009) indicaram a existência do risco moral utilizando as regressões de Poisson, binomial negativa e quantílica.

Nesta mesma linha, Nishijima, Postali e Fava (2011) também apontaram presença de risco moral após a regulamentação dos planos de saúde, utilizando o método do estimador de diferenças-em-diferenças.

Sá (2012) sintetizou os trabalhos realizados no período recente referente à assimetria de informação do mercado de assistência à saúde, onde os resultados alcançados indicam que há evidências empíricas do risco moral no mercado de saúde suplementar.

Tabela 5 - Estudos a respeito da assimetria de informação no mercado de assistência à saúde

AUTOR	LOCAL	BASE DE DADOS	METODOLOGIA	RESULTADO
Stancioli, 2002	Brasil	Operadoras de plano de saúde e PNAD 1998	Mínimos quadrados ordinários	Evidências do risco moral
Simões, 2003	Brasil	PNAD 1998	Análise estatística descritiva, IRM e o modelo estatístico Hurdle Binomial Negativo	Evidências do risco moral
Brunetti, 2010	Brasil	PNAD 2003	Modelos lineares generalizados	Evidências do risco moral
Godoy, Balbinotto Neto e Barros, 2009	Brasil	PNAD 1998 e 2003	Regressões Poisson, binomial negativa e quantílica	Evidências do risco moral
Nishijima, Postali e Fava, 2011	Brasil	PNAD 1998 e 2003	Método do estimador de diferenças-em-diferenças	Evidências do risco moral
Simões, 2003	Brasil	PNAD 1998	Regressão logística	Não há evidências significativas da seleção adversa de beneficiários
Maia, 2004	Brasil	PNAD 1998	Modelo de Greene (1997)	Não há evidências significativas da seleção adversa de beneficiários
Alves, 2007	Brasil	PNAD 1998 e 2003	Chiappori e Salanié (2000)	Há evidências da seleção adversa de beneficiários
Guimarães e Leal, 2008	Brasil	Alves (2007)	Análise crítica do trabalho de Alves (2007)	Não há evidências significativas da seleção adversa de beneficiários
Andrade e Maia, 2006	Brasil	PNAD 1998 e 2003	Modelo de Cutler e Zeckhauser (2000)	Há evidências da seleção adversa de beneficiários
Godoy, 2008	Brasil	PNAD 1998 e 2003	Regressões Poisson, binomial negativa e quantílica	Há evidências da seleção adversa de beneficiários
Nishijima, Postali e Fava, 2011	Brasil	PNAD 1998 e 2003	Método do estimador de diferenças-em-diferenças	Não há evidências significativas da seleção adversa de beneficiários

Fonte: Sá (2012, p. 5-8).

A seleção adversa, segundo Sá (2012), mesmo obtendo comprovação empírica de sua presença nos mercados de seguro saúde em diversos países, a hipótese da existência desta no mercado de saúde suplementar do Brasil parece demasiadamente forte, no entanto, as evidências empíricas são escassas, não havendo unanimidade entre os autores sobre sua ocorrência e que tenha sido ampliada pela regulamentação.

Nas próximas seções deste capítulo serão analisadas quatro resoluções normativas publicadas pela ANS, abordando seus impactos econômicos em relação à assimetria de informação.

5.1 RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN N° 63 DE, 22 DE DEZEMBRO DE 2003

Esta resolução, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, determina os limites a serem observados para adoção de variação de preço por idade nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004.

A Resolução do Conselho de Saúde Suplementar- CONSU n° 06 de 1998, indicou que as variações das contraprestações pecuniárias em razão da idade do beneficiário, deveriam ser estabelecidas observando-se o máximo de sete faixas (em anos): até 17; 18 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 a 69 e mais de 70 anos.

Contudo, a partir do ano de 2004, a RN 63/2003 entrou em vigor e alterou a disposição das faixas etárias. Esta resolução indica as variações das contraprestações pecuniárias em razão da idade do beneficiário, que obrigatoriamente, deveriam ser estabelecidas nos contratos de planos ou seguros privados de assistência à saúde, devendo estar segmentadas em o máximo de dez faixas etárias (em anos): até 18; 19 a 23; 24 a 28; 29 a 33; 34 a 38; 39 a 43; 44 a 48; 49 a 53; 54 a 58 e mais de 59 anos, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Quando o beneficiário trocar de faixa etária, sua mensalidade aumentará, pois haverá o reenquadramento etário. Esta elevação na contraprestação deverá obedecer ao contrato assinado entre a Operadora e o beneficiário. A metodologia de cálculo, bem como as variações por faixa etária, é mensurada atuarialmente e está descrita na Nota Técnica Atuarial do Produto, assinada pelo atuário responsável da Operadora.

A legislação ainda impôs que a última faixa não poderá ser seis vezes superior à primeira e que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Cabe ressaltar que essas regras foram balizadas pelo Estatuto do Idoso, Lei 10.741/2003, - que estabeleceu ser proibida a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da faixa etária, onde idosos são aqueles com idade igual ou superior a 60 anos.

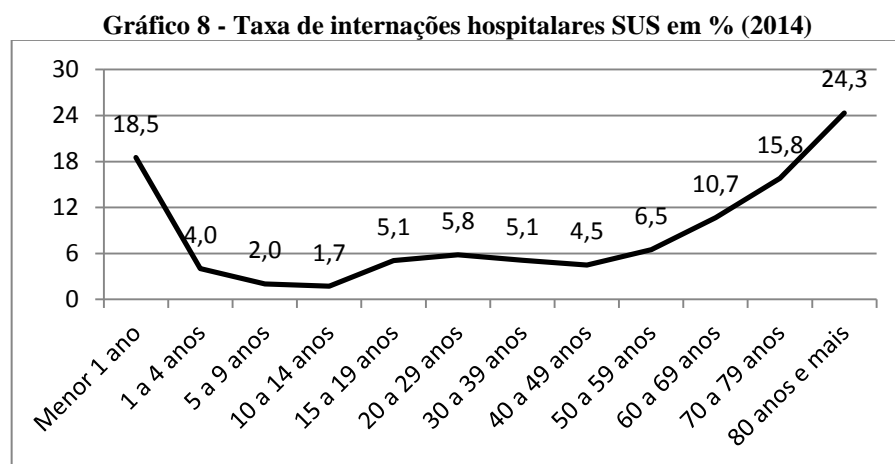
5.1.1 Impacto econômico a partir da RN 63/2004

As Operadoras atuam, em sua maioria, na forma de preço preestabelecido, onde o pagamento das mensalidades é devido, independente da utilização do beneficiário. Para este valor ser suficiente para honrar o pagamento dos serviços médicos, é fundamental a correta mensuração desses riscos futuros para que a mensalidade seja suficiente ao pagamento das indenizações (despesas assistenciais). Este equilíbrio entre as contraprestações pecuniárias e suas despesas assistenciais é denominado equilíbrio atuarial, pilar essencial para o mercado de saúde suplementar.

O evento que gera as despesas assistenciais é incerto e aleatório, e sua correta aferição tem objetivo de manter o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras. Para tanto, o perfil da população coberta por planos de saúde é de vital importância para a mensuração do risco dos beneficiários demandarem serviços à saúde. Variáveis como idade, sexo, profissão, salário, localidade de moradia têm severa influência sobre o comportamento destes usuários de plano de saúde quanto sua utilização assistencial.

Das variáveis mencionadas, a idade tem maior preponderância, sendo o principal fator a influenciar na precificação e na variação dos custos médicos – crianças com menos de um ano e idosos com mais de 65 anos utilizam mais serviços de saúde que o restante da população, assim como as mulheres em idade fértil, devido aos procedimentos obstétricos.

O Sistema Único de Saúde – SUS retrata também esse perfil etário. O Gráfico 8 mostra a taxa de utilização¹¹ de internações dos serviços do SUS de acordo com a idade.

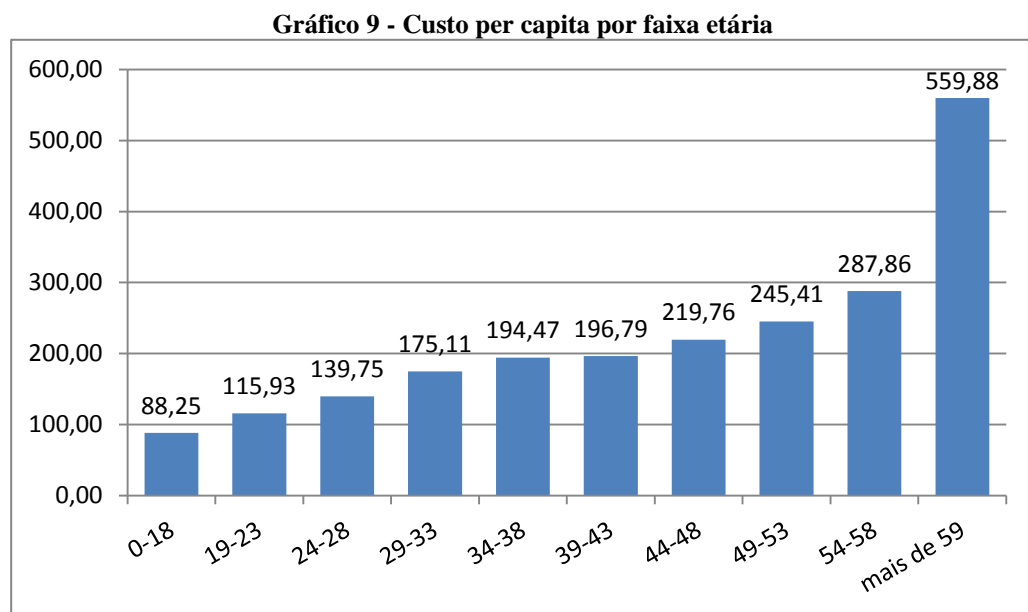


Fonte: Alves (2015).

¹¹ A taxa de utilização mede a razão entre a quantidade de eventos ocorridos em um ano pela população total.

Apesar da utilização ser crescente em relação à idade do beneficiário, a regulação permite que as mensalidades sejam segmentadas em apenas 10 faixas etárias, sendo que a última faixa é para usuários com mais de 59 anos. A partir dessa idade todos pagarão a mesma mensalidade, independente do seu risco, sendo denominado de *community rating* puro, isto é, todos os indivíduos segurados pagam o mesmo prêmio, independentemente do risco que eles geram ao plano de saúde. Esse nivelamento das mensalidades a partir dos 59 anos decorre da regulamentação da ANS, impedindo reenquadramentos etários após essa idade. E mesmo entre os usuários dessa faixa etária, conforme relatório da Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Financeiras (2009), os “jovens idosos” (60 a 74 anos) subsidiam os “mais idosos” (a partir de 75 anos), pois todos pagam o mesmo valor (*community rating* puro), porém os “mais idosos” geram custos bastantes mais elevados.

O gráfico 9 demonstra as despesas assistenciais¹² do agrupamento de faixas etárias preconizados pela ANS:



Fonte: União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (2014).

Os valores do gráfico 9, referente às operadoras de Autogestão, constata que a variação da décima faixa (mais de 59 anos) é 6,4 vezes maior que a primeira faixa (0 a 18 anos) e a variação acumulada entre a sétima (44 a 48 anos) e a décima faixa (mais de 59 anos) é superior à variação acumulada entre a primeira (0 a 18 anos) e a sétima faixas (44 a 48 anos), não estando de acordo com preconiza a RN 63/2003. Essa situação implica que a

¹² Despesas assistenciais relativas ao Segmento de Autogestão (Custo médio assistencial/beneficiário/ano, por faixa etária (RN N°63/2003) – 10 faixas etárias.)

precificação não ficará ajustada com o risco de cada faixa etária, visto que as mensalidades não estarão atuarialmente justas com seu respectivo custo esperado de cada faixa etária.

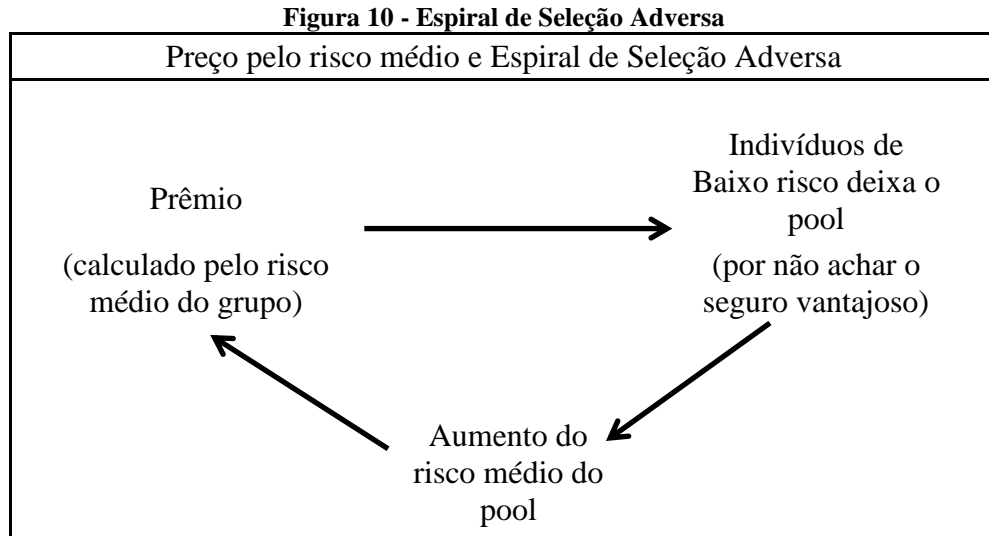
Como a regulação não permite que o preço de cada idade seja proporcional ao seu custo, essas limitações criam mecanismo de subsídio cruzado entre os beneficiários: os mais jovens, com menor probabilidade de utilização, subsidiam os mais idosos, com maior probabilidade de adoecer, isto é os beneficiários mais jovens pagam mensalidades proporcionalmente mais elevadas que os de maior risco, beneficiários com idade mais elevada.

Assim, a norma limita a precificação ótima, combinada ao risco de cada usuário. O mecanismo exigido pela ANS prevê mutualismo com solidariedade intergeracional, onde o preço varia apenas por faixa etária e, dentro de cada do grupo etário os saudáveis subsidiam menos saudáveis. Também há o subsídio entre as faixas etárias cujos jovens subsidiam idosos.

Como as mensalidades não terão relação com os seus respectivos custos assistenciais esperados, haverá um desequilíbrio de incentivos financeiros entre os beneficiários, o que gera uma situação de seleção adversa.

Os beneficiários mais jovens tenderão a não aderir ao plano de saúde, já que seu custo é maior do que seu perfil de utilização. Apenas os beneficiários mais jovens com alta probabilidade de utilização de serviços e/ou elevada aversão ao risco tendem a aderir ao plano, isto é, caso o preço seja maior que a utilidade esperada do plano de saúde, o beneficiário de baixo risco tende a sair do plano. Já os beneficiários com idade elevada têm um grande estímulo a aderir este tipo de plano, visto que a mensalidade o cobrado estaria abaixo do seu perfil de utilização.

O mecanismo da seleção adversa tende a criar um outro problema. Como os mais jovens são estimulados a sair, as mensalidades deverão ser elevadas para manter o equilíbrio econômico e financeiro do plano, visto que o subsídio dos mais jovens se reduzirá. Com essa elevação das mensalidades, haverá novos usuários que tenderão a sair, visto que os novos preços serão acima da utilidade esperada. Assim, no ápice, esse mecanismo pode levar à extinção do mercado, conforme demonstra a figura 10 da Espiral de Seleção Adversa.



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2013a).

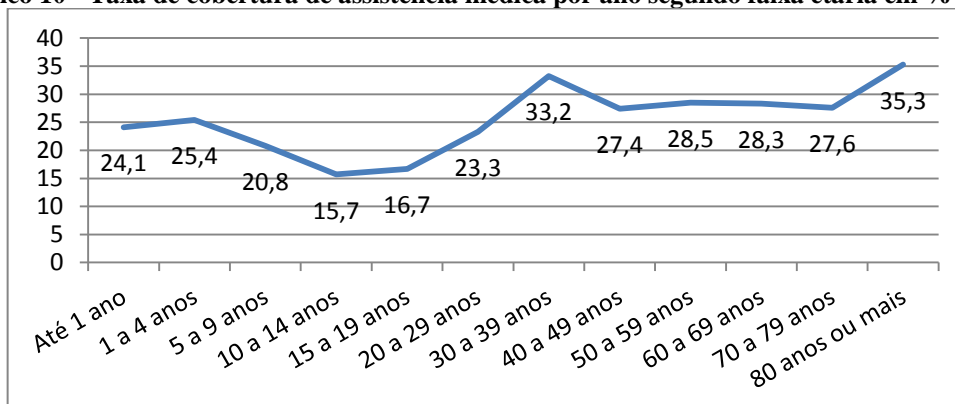
Aliado a essas situações descritas, há também o processo de envelhecimento a população brasileira que é uma realidade e tem forte impacto nos planos de saúde.

De acordo com os dados do IBGE (2015), nos últimos 15 anos, o número de brasileiros com mais de 60 anos aumentou mais de 68%. Esse envelhecimento na população tem severo impacto nas carteiras das operadoras de plano de saúde e é ainda ampliado pela presença de seleção adversa no mercado de saúde, onde há maior demanda de planos de saúde por indivíduos com maior risco de utilização - os idosos.

O envelhecimento da população, aliado à presença de seleção adversa em função da regulação, pode ser observado pela taxa de cobertura¹³ da população por planos de saúde.

O gráfico 10 é exibido a taxa de cobertura por faixa etária em março de 2016:

Gráfico 10 - Taxa de cobertura de assistência médica por ano segundo faixa etária em % (2016)



Fonte: SIB/ANS/MS/2016 e População - IBGE/DATASUS/2012

¹³ Taxa de Cobertura é a razão, expressa em porcentagem, entre o número de beneficiários e a população em uma área específica.

Assim, se a taxa de cobertura para mais de 80 anos situa-se em 35,5% em março de 2016, isto significa dizer que 35,5% de toda população brasileira desta faixa etária está coberta por plano de plano de saúde.

Em suma, a RN 63/2003, juridicamente alicerçada pelo Estatuto do Idoso, teve como intuito proteger a população mais idosa, contudo esse regramento elevou a presença de seleção adversa no mercado, criando significativas e perversas distorções neste importante mercado.

5.2 RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 171, DE 29 DE ABRIL DE 2008

A resolução normativa determina os critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência complementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Esta resolução dispõe sobre critérios de reajustes dos planos de saúde firmados a partir da Lei 9656/1998, segmentando esses reajustes entre planos individual ou familiar¹⁴ e planos coletivos¹⁵ (empresarial e adesão).

A RN 171/2008 não se aplica para aos planos contratados até 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9656/98: para esses deverá ser aplicado o reajuste disposto no contrato.

De acordo com a regulamentação do órgão regulador, os planos coletivos não tem o percentual de reajuste definido pelo órgão regulador: este é calculado com base na livre negociação entre as operadoras e as empresas, visto que essas pessoas jurídicas possuem maior poder de negociação junto às operadoras, em função do volume de usuários.

Entretanto, para os contratos coletivos com menos de trinta beneficiários, foi publicada RN 309 de 2012, onde haverá o agrupamento de todos esses contratos coletivos para fins de cálculo e aplicação do reajuste.

Já os planos familiares têm seu reajuste imposto pela ANS, sendo esse único para todas operadoras atuantes no mercado, independente as situação da operadora, isto é, os contratos que estejam desequilibrados terão o mesmo percentual de um contrato equilibrado.

¹⁴ Plano individual ou familiar: Plano privado de assistência à saúde de contratação individual oferecido pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para a livre adesão de pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar.

¹⁵ Plano coletivo: plano privado de assistência à saúde de contratação coletiva oferecida por operadora de plano privado de assistência à saúde à massa populacional vinculada a uma pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, ou vinculada a uma pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial.

Anualmente, a ANS, fixa o índice de reajuste máximo a ser aplicado aos planos familiares. A metodologia de cálculo para o reajuste desses contratos é denominada *YardstickCompetiton*¹⁶.

Essa metodologia é aplicada para obter o índice baseia-se na média dos percentuais de reajuste dos contratos coletivos com mais de 30 beneficiários do período anterior ao da aplicação e também impacto econômico-financeiro decorrente de eventos exógenos e das atualizações do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

5.2.1 Impacto econômico a partir da RN 171/2008

O modelo de cálculo de reajuste aplicado pela ANS é rudimentar, visto que baseia-se no cenário do ano anterior e para um perfil de população diferente dos planos familiares, critérios como tipo de plano, região de atuação, segmentação assistencial.

Salienta-se ainda, que fatores de eficiência e produtividade das operadoras não interferem no cálculo atual do reajuste dos planos familiares, isto é, modelos como *ValueCape PriceCap*¹⁷, que estimulam a eficiência das empresas não é aplicado.

Ainda, a ANS não permite uma revisão atuarial para essa contratação, onde a operadora terá que arcar com eventuais desequilíbrios técnicos por não poder reajustar seus preços.

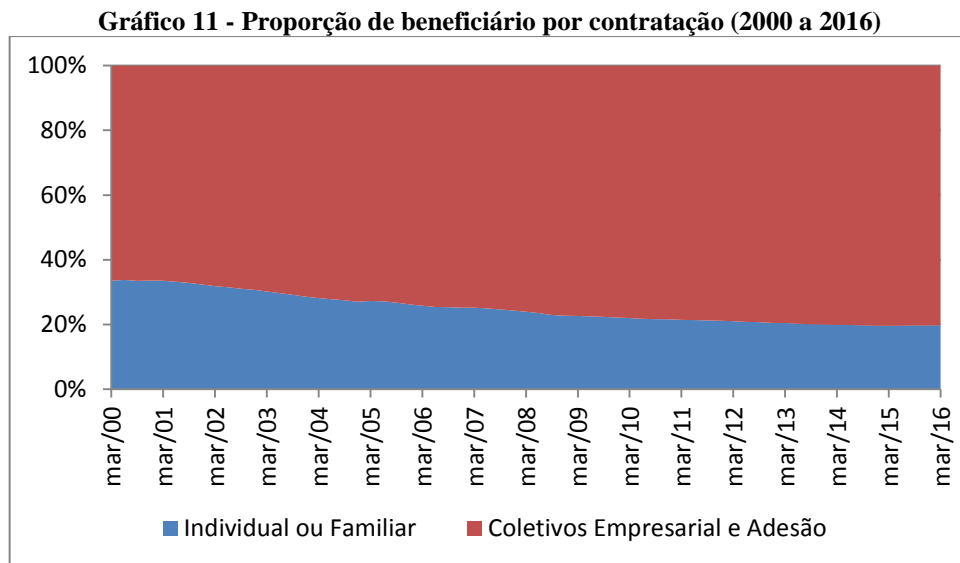
Como as operadoras não têm controle sobre os reajustes para eventuais ajustes, em caso de desequilíbrio, muitas acabam agravando os valores das mensalidades para suportar estes riscos futuros. A aplicação desse agravamento nas mensalidades tem como consequência da mensalidade aplicada não estar de acordo com seu nível de risco. Este descasamento acarreta no ingresso de beneficiários que tem maior probabilidade de utilização, afastando os de menor probabilidade de usar serviços médicos. Essa ineficiência estimula a seleção adversa, onde apenas os beneficiários de maior risco irão aderir a contratos familiares.

Essa normatização da ANS revela um dilema para as operadoras: comercializar planos familiares com o preço ajustado ao risco, sujeito ao risco do reajuste determinado pela ANS nos anos seguintes serem insuficientes e gerar desequilíbrio atuarial; ou agravar os preços para não depender dos índices de reajustes impostos pela ANS, incorrendo o risco desse agravamento ampliar a presença da seleção adversa.

¹⁶ A *yardstick competition* é uma forma de regulação através de incentivos, também conhecida como “regulação por comparação”.

¹⁷ Modelos de regulação de preço baseado em preço-teto, onde há um indicador do setor aliado a um fator de eficiência e produtividade, ainda podendo ser ajustado por fatores exógenos.

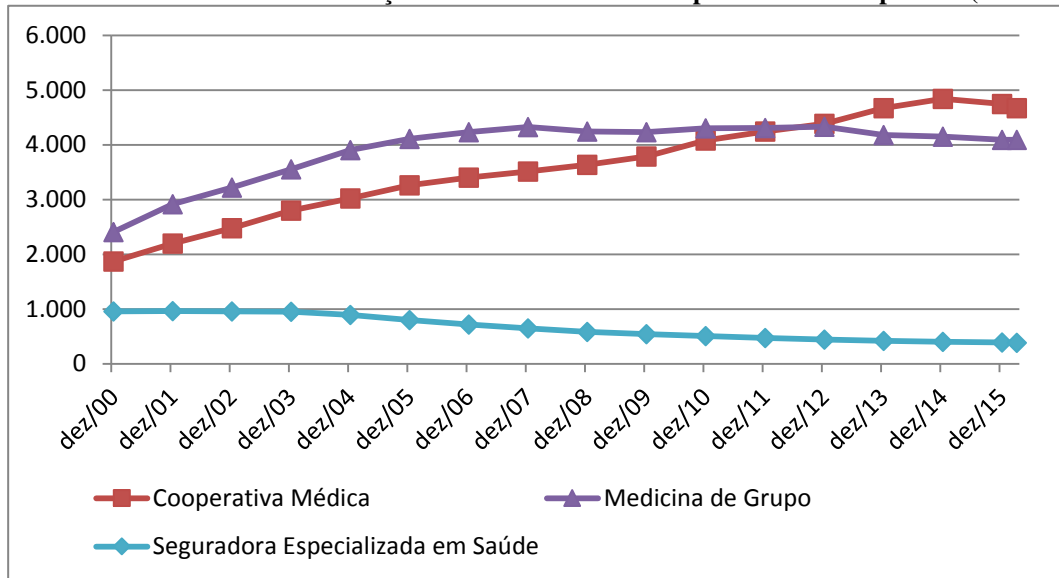
Em função desse dilema em função da imposição de reajuste, e possível geração de ineficiência econômica, o mercado de planos familiares está em regredindo anualmente, em relação aos coletivos, onde há muitas Operadoras que não comercializam mais este produto. O gráfico 11 mostra que em março/2000, os planos familiares representavam 33,51% das contratações identificadas do mercado, já em março/2016, a representatividade reduziu-se para 19,7%.



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2016).

Assim, dado este tipo de regulação, muitas operadoras deixaram de comercializar produtos de contratação familiar, reduzindo os números de ofertantes e, por decorrência, reduzindo também concorrência. Este fato poderá gerar oligopólio, pois poucas empresas competirão nesse segmento, acarretando preços mais elevados em relação a um mercado competitivo, podendo até reduzir a qualidade dos serviços prestados.

A situação é observada no Gráfico 12, onde das três maiores modalidades de operadoras, as Seguradoras Especializadas em Saúde reduziram o número de beneficiários, as operadoras de Medicina em Grupo desde 2007, não tiveram crescimento nesse segmento. Apenas as cooperativas médicas mantêm o crescimento de vidas da contratação familiar.

Gráfico 12 - Beneficiários de contratação Individual ou Familiar por modalidade por mil (2000 a 2016)

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2016).

Para Nóbrega et al (2015), este comportamento é previsto pela teoria econômica e por evidências históricas de políticas de controles de preços, onde legislação não protegeu de maneira eficaz os consumidores e levou a um problema de escassez do serviço cujos preços são regulados. O crescente aumento dos custos de saúde no Brasil, aliado à limitação do seu repasse aos consumidores, cria incentivos para que essas empresas sejam desestimuladas a oferecer tais planos sob o risco de incorrerem em crescentes prejuízos.

Nesta mesma linha, argumenta Azevedo et. al (2016), que a literatura econômica e mesmo a experiência brasileira com controles de preços não permitem dúvida quanto aos efeitos perversos dessa política ao mercado como um todo e, ao final, aos agentes que se pretendiam proteger. O controle de preços resulta em escassez de oferta e redução da qualidade dos serviços prestados e não seria diferente no atual cenário do mercado de saúde suplementar vivido no país.

Essa medida de controle de preços, através do controle de reajustes, impede o pleno funcionamento de um mercado livre, onde os preços não possuem restrições e os desequilíbrios podem ser corrigidos pelos mecanismos de preços. Desta forma, essa regulamentação gera distorções e desequilíbrio, causando escassez de produtos familiares e ainda, podendo acarretar na piora na qualidade nos produtos ainda ofertados.

5.3 RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 254, DE 5 DE MAIO DE 2011

Esta resolução dispõe da adaptação e migração para os contratos celebrados até 1º de janeiro de 1999.

Os planos de saúde foram segregados entre os firmados antes da Lei 9656/1998, ditos planos não regulamentados, e os firmados após essa data, denominados planos regulamentados.

Os planos não regulamentados foram comercializados de diversas maneiras, com restrições de utilização, número reduzidos de procedimentos cobertos e cobertura limitada, isto é, não cobrem o rol mínimo de procedimentos exigidos pela Lei. Por terem contratos firmados antes da regulamentação dos planos de saúde, o órgão regulador não pode regular esses contratos. Esta resolução estabelece regras de, quando houver interesse dos beneficiários, em adaptar seu contrato às regras da Lei 9656/1998 ou até em migrar a um plano regulamentado. Com esta resolução, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2011a) pretendia incentivar os beneficiários a alterarem seus contratos para que obtenham toda a segurança e as garantias trazidas pela regulamentação do setor, como regras de reajuste, garantia às coberturas mínimas obrigatórias listadas no rol de procedimentos e eventos em saúde e portabilidade de carências.

As regras de adaptação, conforme RN 254, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, permite elevação da contraprestação pecuniária, sendo que este aumento fica restrito somente ao aumento de coberturas.

O cálculo do ajuste da adaptação deve estar descrito na Nota Técnica Atuarial de Adaptação, e o percentual resultante deve ser único por plano. O ajuste da adaptação a ser aplicado sobre a contraprestação pecuniária vigente à época da adaptação fica limitado a 20,59% (vinte vírgula cinquenta e nove por cento).

5.3.1 Impacto econômico a partir da RN 254/2011

A Resolução impositiva da ANS traz consequências de desequilíbrio para as operadoras. Independente do percentual de ajuste da adaptação calculado, a norma estabelece que este percentual é limitado a 20,59%, isto é, mesmo que o equilíbrio atuarial em uma adaptação de contratos não regulamentados exija percentual superior a esse teto, o órgão regulador impõe um percentual que pode ser insuficiente.

O ANS, ao impor o limite do percentual de ajuste para adaptação ocasiona outro problema. Como a adaptação apenas será realizada a partir da solicitação dos beneficiários, tendem a requerer a adaptação àqueles usuários que tem seu risco de utilização superior ao valor da mensalidade, ajustada em, no máximo, 20,59%.

O estímulo dos usuários vem da própria informação de possível demanda por serviços médicos que não são cobertos em planos não regulamentados e, ao adaptarem seus planos, terão cobertura de todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde¹⁸. Assim, em função da informação de seu estado de saúde, esses beneficiários agindo de forma racional, irão adaptar seu plano.

Por selecionar os beneficiários que serão adaptados, essa resolução estimula a seleção adversa, visto que estes usuários serão os que demandarão mais serviços médicos.

5.4 RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 309, DE 24 DE OUTUBRO DE 2012

De acordo com a Agência Reguladora, a Resolução Normativa 309 trata sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste. Ainda de acordo com a Agência, esta resolução estabelece que todos os contratos coletivos, prestabelecidos, regulamentados e adaptados que detenham menos de 30 vidas¹⁹ terão reajuste único apenas podendo ser segmentadas em contratos de cobertura ambulatorial²⁰ e cobertura hospitalar²¹.

Para a ANS, essa medida possibilitará diluir o risco dos contratos dos planos coletivos com menos de 30 beneficiários, isto é, este *pool* de contratos serão massificados, oferecendo maior equilíbrio no cálculo do reajuste.

Com a nova resolução, a ANS busca tornar mais estável o reajuste desses contratos e aumentar a competitividade entre as operadoras, proporcionando maior poder de escolha aos beneficiários.

¹⁸ Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é a cobertura mínima obrigatória de procedimentos e eventos em saúde que deve ser garantida por operadora de plano privado de assistência à saúde.

¹⁹ A operadora pode estabelecer um número maior, porém a grande maioria trabalha com esse número.

²⁰ Cobertura assistencial ambulatorial é a segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços de saúde, que compreende consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

²¹ Cobertura assistencial hospitalar é a segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde, em regime de internação hospitalar, que compreende as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, e os procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

5.4.1 Impacto econômico a partir da RN 309/2012

O modelo estabelecido pela RN 309/2012, onde cria-se um grupo de contratos já é utilizado pelas operadoras de plano de saúde. Contudo, os critérios para formação desse grupo, diferem da resolução citada.

O mutualismo é o mecanismo clássico para a diluição de riscos e o *pool* pode ser feito de várias formas a se respeitar a homogeneidade do grupo segurado. Análise da sinistralidade²² e variação dos custos médicos permite o equilíbrio dos contratos.

A norma indica que o *pool* de risco deve ser desenvolvido apenas com quantidade de beneficiários do contrato como variável, excluindo premissas básicas tipo de contratação, carência e regras de subscrição. A formação do *pool* apenas pela quantidade de vidas penalizará os controles técnicos das operadoras e as metodologias de cálculo.

A boa prática atuarial na mensuração de preços e reajustes indica a formatação de grupos de riscos da forma mais homogênea possível, para evitar subsídios cruzados que distorçam a mutualidade ou criem vantagens para determinados grupos em detrimento de outros.

Uma vez que o reajuste único poderá estimular a anti-seleção e agravar a situação de carteiras já deficitárias. Essas carteiras deficitárias impreterivelmente terão reajustes únicos altos, “expulsando” os “bons” contratos da operadora e favorecendo os deficitários, tornando a carteira cada vez mais deficitária, ocasionando em uma situação insustentável economicamente. Nesses casos, a reavaliação completa do estoque e da venda de clientes da operadora poderia reequilibrar as carteiras com equilíbrio atuarial comprometido.

Em função dessa regulação de impedir a discriminação dos contratos de riscos diferentes, acarreta no subsídio cruzado forçado entre grupos distintos. Os contratos de baixo risco tendem a rescindir o contrato com a operadora atual, caracterizando o problema de seleção adversa, isto é, os contratos equilibrados serão expulsos do grupo, restando apenas os contratos desequilibrados. Desta forma, o reajuste único por operadora poderá estimular a seleção adversa favorecendo os grupos com comportamento de alta utilização.

Outra situação decorrente dessa regulamentação é a mudança de comportamento dos beneficiários. Como todos os contratos com menos de 30 vidas estarão dentro de um mesmo grupo, não haverá estímulo para o uso racional de serviços médicos, visto que sua utilização

²² Sinistralidade é indicador mais utilizado no mercado de seguros que mede o comprometimento das mensalidades frente às despesas assistenciais

será mutualizada entre todos contratantes, independente do perfil do grupo. Assim, como há estímulo para a parte segurada a se arriscar, fazendo com que aumente a probabilidade de pagamento do seguro pela Operadora, característica do risco moral. A norma incita a sobre utilização dos serviços de saúde, ou seja, os indivíduos participantes deste *pool* de risco tendem a sobre utilizar os serviços, visto que o custo marginal de utilização é zero ou próximo de zero.

Os efeitos e implicações dessa resolução podem ser visualizados na Tabela 6, onde os reajustes aplicados para o período de maio/2014 a abril/2015 aumentou em relação ao período anterior.

Tabela 6 - Faixa de reajustes das Operadoras pela RN 309 (2013 a 2015)

Faixa de reajuste	Operadoras Maio/2013 a Abril/2014	Operadoras Maio/2014 a Abril/2015
0 a 5%	9	5
5% a 10%	328	281
10% a 15%	104	128
15% a 25%	73	87
Acima de 25%	21	17
Média (%)	12,2	15,8
Índice Reajuste plano familiar (%)	9,65	13,55

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2015).

Neste capítulo foram analisadas quatro as resoluções normativas que estimulam o risco moral e a seleção adversa, se mostrando perversas ao mercado de saúde suplementar, tornando-o mais ineficiente economicamente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta dissertação foi analisar o mercado de saúde suplementar no Brasil focando-se especialmente na avaliação e impacto das regulamentações do setor segundo a abordagem da teoria da informação assimétrica.

O mercado de saúde suplementar do Brasil sofreu profundas alterações com a publicação da Lei 9656 de 1998, a chamada “Lei dos Planos de Saúde” e posteriormente da Lei 9961 de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Segundo Godoy, Balbinotto Neto e Barros (2009), a regulamentação do setor era necessária devido aos problemas que estavam sendo enfrentados pela população. A ANS, de certa forma, resolveu o problema de incerteza dos usuários de planos privados de assistência à saúde quanto à integridade das empresas e garantia de continuidade de prestação de serviços contratados. Essas garantias se deram tanto no âmbito econômico-financeiro, exigindo garantias financeiras e provisões técnicas, como no âmbito assistencial, onde maior quantidade de procedimentos médicos foi coberta com quantidade ilimitada. A regulação dos planos de saúde, também teve como objetivo reduzir as falhas de mercado, entre elas a assimetria de informação.

As regulamentações estabelecidas pelo órgão regulador, contudo, têm ocasionado um resultado contrário, isto é, invés de reduzir a assimetria de informação, as constantes normatizações acarretam um aumento do problema de seleção adversa e risco moral no mercado de planos de saúde. Essas ações já podem ser percebidas nos contratos de planos familiares, onde o reajuste é imposto pela ANS. A legislação não protegeu de maneira eficaz os consumidores e levou a um problema de escassez de ofertantes cujos preços são regulados, de acordo com Nóbrega et al. (2015). Assim, o resultado do controle dos reajustes das mensalidades é a redução de operadoras que deixaram de comercializar esses produtos e com menor oferta, maior tenderá a ser o preço comercializado. A consequência é a seleção adversa onde de apenas os consumidores com alta probabilidade de utilização de serviços médicos tendem adquirir este produto/serviço.

A solução para fomentar esse mercado é alterar o modelo de reajuste, onde fatores de eficiência e produtividade, como *ValueCap* e *PriceCap*, e também, como destaca Nóbrega et al. (2015, p. 23): “Neste contexto, um marco regulatório alternativo com vistas a maior eficiência e menores custos não deveria conter medidas de controles de preços.”

A segmentação em apenas dez faixas etárias, aliada à impossibilidade de reenquadramento etário após os 59 anos e à vedação da última faixa etária não ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária eleva a presença de seleção adversa neste mercado.

Conforme discutido nessa dissertação, a variação real do custo entre a primeira e a décima faixa etária é superior ao limite de seis vezes, não sendo permitido o preço atuarialmente justo, isto, não haverá relação da mensalidade cobrada frente ao efetivo risco de cada beneficiário, onde os usuários mais jovens terão mensalidades superiores a sua utilização e, por decorrência, tenderão a sair do plano. Esta normatização expõe ainda mais as operadoras de plano de saúde em função do envelhecimento da população, onde, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016), a população de brasileiros com mais de 60 anos aumentou em 68% nos últimos 15 anos.

Contudo, cabe ressaltar que as ações das operadoras também agravam a assimetria de informação. O modelo de remuneração de prestadores mais praticado é conhecido como "*fee for service*", onde os prestadores são remunerados por serviço prestado. Desta forma, há o incentivo à realização do maior número possível de exames e procedimentos, gerando uma sobreutilização dos recursos existente, agravando o problema de risco moral.

Modelos alternativos de remuneração, que reduzam distorções na decisão sobre uso de serviços médicos, por meio do alinhamento dos interesses coletivos, e que também remunerem pela performance dos prestadores devem ser adotados, trazendo maior eficiência e produtividade dos prestadores de serviços médicos e ao mercado.

Dentro do escopo das próprias operadoras, o risco moral, pode ser reduzido através de compartilhamento de riscos, como a coparticipação, onde o beneficiário participará com uma parcela do custo, reduzindo a utilização desnecessária.

As falhas de mercado, principalmente a assimetria de informação, são agravadas, ainda, pela falta de alinhamentos de incentivos entre beneficiários, operadoras e prestadores, os atores do mercado.

Em suma, a avaliação do mercado de saúde suplementar na abordagem da informação assimétrica corrobora a hipótese inicial dessa dissertação, onde as normatizações da ANS acentuaram o problema de assimetria de informação ocasionado distorções neste mercado e perdas de bem-estar para todos os atores desse mercado.

Este trabalho analisou mercado de planos de saúde no Brasil, principalmente no que se refere a sua normatização, porém algumas questões merecem um aprofundamento das discussões.

É importante uma discussão mais ampla do assunto quanto marco regulatório deste setor, discutindo aspectos conceituais da regulação econômica e o escopo das ações agência reguladora, visto que esta falha no que tange a redução das falhas de mercado, mais precisamente no que se referem aos problemas de assimetria de informação, onde sua presença tornou-se mais acentuadas com suas constantes intervenções. Assim, esta dissertação buscou trazer contribuição para o amadurecimento e crescimento sustentável do mercado de saúde suplementar no Brasil, quanto para as políticas de regulação na área de saúde.

REFERÊNCIAS

ABIB, G.; DOLCI, P. C. O alinhamento estratégico da informação (AEI) sob a perspectiva econômica da assimetria de informações: uma ampliação do campo. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 23., 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo: [s.n.], 2009. p. 1-15.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **ANS define regras de reajuste para planos coletivos com menos de 30 beneficiários**. Rio de Janeiro, 25 out. 2012a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/consumidor/1793-ans-define-regras-de-reajuste-para-planos-coletivos-com-menos-de-30-beneficiarios>>. Acesso em: 17 fev. 2016.

_____. **ANS publica regras para adaptação e migração de contratos**. Rio de Janeiro, 6 maio 2011a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/consumidor/579-ans-publica-regras-para-adaptacao-e-migracao-de-contratos>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

_____. **Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro, 2013a. Disponível em: <www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2013_mes03_caderno_informacao.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2016.

_____. **Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2015_mes12_caderno_informacao.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2016.

_____. **Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/caderno_JUNHO_2016_total.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2016.

_____. **Reajuste anual de planos de saúde**. Rio de Janeiro, 22 jul. 2013b. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/consumidor/2172-reajuste-anual-de-planos-de-saude>>. Acesso em: 17 fev. 2016.

_____. Resolução-RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 208, 27 out. 2000. Seção 1, p. 34-37. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=35&data=27/10/2000>>. Acesso em: 18 fev. 2016.

_____. Resolução normativa-RN nº 63, de 22 de dezembro de 2003. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 249, 23 dez. 2003. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=71&data=23/12/2003>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

_____. Resolução normativa nº 171, de 29 de abril de 2008. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 82, 30 abr. 2008. Seção 1, p. 154-155. Disponível em:

<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=154&data=30/04/2008>>. Acesso em: 21 fev. 2016.

_____. Resolução normativa nº 254, de 5 de maio de 2011. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 86, 6 maio 2011b. Seção 1, p. 45. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=06/05/2011&jornal=1&pagina=45&totalArquivos=152>>. Acesso em: 21 fev. 2016.

_____. Resolução normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 207, 25 out. 2012b. Seção 1, p. 72. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=72&data=25/10/2012>>. Acesso em: 21 fev. 2016.

AKERLOF, G. The Market for lemons. **Quarterly Journal of Economics**, [S.l.], n. 84, p. 488-500, 1970.

ALVES, S. L. **Entre a proteção e a eficiência**: evidências de seleção adversa no mercado brasileiro de saúde suplementar após a regulamentação. [S.I.]: [Ministério da Fazenda], 2007.

_____. Estimando seleção adversa em planos de saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 32., 2004, João Pessoa. **Anais eletrônicos...** João Pessoa: ANPEC, 2004. p. 1-19. Disponível em: <<http://www.anpec.org.br/encontro2004/artigos/A04A098.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

_____. **Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro: Funenseg, 2015.

ANDERSON, W. L. "**Falhas de mercado**" e informações assimétricas. São Paulo: Instituto Ludwig von Mises Brasil, 15 ago. 2013. Disponível em: <<http://www.mises.org.br/ArticlePrint.aspx?id=1150>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

ANDRADE, M. V.; LISBOA, M. B. A Economia da saúde no Brasil. In: LISBOA, M. B.; MENEZES-FILHO, N. (Org.). **Microeconomia e sociedade no Brasil**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2001. p. 285-330.

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, [São Paulo], v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7006.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2016.

BALBINOTTO NETO, G. **Introdução à economia da informação**. [Porto Alegre]: UFRGS, 2012. Disponível em: <<http://www.ppge.ufrgs.br/giacomo/arquivos/ecop26/economia-informacao-introducao.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2016.

_____. **Seleção adversa e o problema do mercado dos "limões"**. [Porto Alegre], [2011?]. Disponível em: <<http://www.ppge.ufrgs.br/giacomo/arquivos/ecop26/akerlof-1970-aula.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2016.

BARROS, P. P. **Economia da saúde**: conceitos e comportamentos. Coimbra: Almedina, 2009.

BRASIL. Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 105, 4 jun. 1998. Seção 1, p. 9-13. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=04/06/1998&jornal=1&pagina=9&totalArquivos=88>>. Acesso em: 27 fev. 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde suplementar**. Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 11).

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35. ed. Brasília: Edições Câmara, 2012.

_____. Lei n.º 9 661, de 28 de janeiro de 2000. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 20, 29 jan. 2000. Seção 1, p. 5-9. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1000&pagina=5&data=29/01/2000>>. Acesso em: 21 fev. 2016.

_____. Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 192, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1-6. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=03/10/2003>>. Acesso em: 21 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Glossário temático saúde suplementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/saudesup_glossario_site-1.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2016.

BRUNETTI, L. **Assimetria de informação no mercado brasileiro de saúde suplementar: testando a eficiência dos planos de cosseguro**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2010.

CA BRASIL. **Bônus demográfico**. [S.l.], [2014?]. Disponível em: <<http://www.cabr.com.br/pdf/B%C3%B4nus%20Demogr%C3%A1fico.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2016.

CECHIN, J. **Direitos e deveres do consumidor à luz da tendência de crescimento do custo na saúde**. Trabalho apresentado no 2º Seminário Direitos & Deveres do Consumidor de Seguros, Porto Alegre, 2014.

CEOLIN, A. C. et al. Sinalização da informação institucional na produção e comercialização de alimentos e de bioenergia no Brasil. **Espacios**, [S.l.], v. 35, n. 2, p. 13, 2014. Disponível em: <<http://www.revistaespacios.com/a14v35n02/14350213.html>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução n.º 6, de 3 de novembro de 1998. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 211, p. 70, 4 nov. 1998a. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=70&data=04/11/1998>>. Acesso em: 17 fev. 2016.

_____. Resolução n° 8, de 3 de novembro de 1998. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 211, p. 70-71, 4 nov. 1998b. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=04/11/1998&jornal=1&pagina=70&totalArquivos=192>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

CUTLER, D. M.; ZECKHAUSER, R. J. The anatomy of health insurance. In: CULYER, A. J.; NEWHOUSE, J. P. (Ed.). **Handbook of health economics**. Amsterdam: Elsevier, 2000. p. 563-637.

CHURCH, J. R.; WARE, R. **Industrial organization: a strategic approach**. New York: McGraw-Hill, 2000.

DELGADO, B. S.; CAMPOS, A. P. F. M. **A saúde suplementar brasileira e as assimetrias de informação**. [Belo Horizonte], 2012. Não paginado. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=fa14d4fe2f19414d>>. Acesso em: 23 fev. 2016.

FOLLAND, S.; GOODMAN, A.C.; STANO, M. **A economia da saúde**. Porto Alegre: Bookman, 2008.

FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS CONTÁBEIS, ATUARIAIS E FINANCEIRAS. **Parecer técnico**. Diferenciação de risco e mensalidade ou prêmio entre faixas etárias em planos e seguros de saúde. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/faixaetariaparecertecnicoatuarial.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

FUNENSEG. **Dicionário de seguros**. [São Paulo], [2015?]. Disponível em: <https://www.funenseg.org.br/dicionario_de_seguros.php>. Acesso em: 21 fev. 2016.

GODOY, M. R. **Regulamentação dos planos de saúde e risco moral: aplicação da regressão quantílica para dados de contagem**. 2008. Tese (Doutorado em Economia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/22653/000714842.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 7 mar. 2016.

_____; BALBINOTTO NETO, G.; BARROS, P. P. **A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil e risco moral: uma aplicação da regressão quantílica para dados de contagem**. [Porto Alegre], 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/30424/000732532.pdf?...1>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

_____; SILVA, E. N. da; BALBINOTTO NETO, G. Planos de saúde e a teoria da informação assimétrica. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 28., 2004, Curitiba. **Anais...** Curitiba: [s.n.], 2004. p. 1-16.

HUBBARD, R. G.; O'BRIEN, A. **Introdução à economia**. Porto Alegre: Bookman, 2010.

INSPER. **A cadeia de saúde suplementar no Brasil: avaliação de falhas de mercado e**

propostas de políticas. São Paulo, 2016. Disponível em:
<<http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/54wk2qbbcw58sm0p.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2013**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:
<<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

_____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 2000-2060**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm>. Acesso em: 23 fev. 2016.

JENSEN, M.C.; MECKLING, W.H. Theory of firm: managerial behavior, agency costs and capital structure. **Journal of Financial Economics**, [S.l.], v. 3, p. 11-25, 1976.

KAHN, A. E. **The economics of regulation: principles and institutions**. New York: John Wiley & Sons, 1970.

LIMA, C. R. M. de. **Informação e regulação da assistência suplementar à saúde**. Rio de Janeiro: E-Papers, 2005.

MAIA, A. C.; ANDRADE, M. V.; OLIVEIRA, A. M. H. C. de. **O risco moral no sistema de saúde suplementar brasileiro**. Trabalho apresentado no XXXII Encontro Nacional de Economia, João Pessoa, 2004. Disponível em:
<<http://www.anpec.org.br/encontro2004/artigos/A04A099.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2016.

MEDEIROS, M. L. **As falhas de mercado e os mecanismos de regulação da saúde suplementar no Brasil com uma abordagem das novas responsabilidades para os agentes desse mercado**. 2010. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2010. Disponível em:
<http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/10224/1/2010_MarcioLimaMedeiros.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2016.

MELO, J. E. P. **O risco moral no mercado de plano de saúde: uma potencial contribuição à eficiência regulatória da agência nacional de saúde suplementar (ANS)**. [S.l.: s.n.], 2012. (VII Prêmio SEAE, 2012. Monografias premiadas). Disponível em:
<<http://seae.fazenda.gov.br/premio-seae/edicoes-anteriores/edicao-2012/vii-premio-seae-2012/MH%20Tema%20-%20Joao%20Erisson%20Pimenta%20Melo.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

MESQUITA, M. A. F. D. A regulação da assistência suplementar à saúde: legislação e contexto institucional. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Regulação & saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro, 2002. p. 66-33.

NISHIJIMA, M.; POSTALI, F. A. S.; FAVA, V. L. Consumo de serviços médicos e marco regulatório no mercado de seguro de saúde brasileiro. **Revista Pesquisa e Planejamento Econômico**, Brasília, v. 41, n. 3, 2011.

NÓBREGA, M. F. da. et al. **Estudo econômico sobre os desafios do setor de saúde complementar no Brasil**. Trabalho apresentado no Seminário Efeitos da Regulação sobre a Saúde Suplementar. São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/8aforh4am84pcp2e.pdf>>. Acesso em: 25 abr. de 2016.

PHELPS, C. E. **Economics health**. New York: [s.n.], 1992.

POSNER, R. Taxations by regulation. **Bell Journal of Economics and Management Science**, Washington, 2000.

PRATT, J. W.; ZECKHAUSER, R. **Principal and agents: the structure of business**. [S.l.]: Harvard Business School Press, 1985.

SÁ, M. C. Risco moral e seleção adversa de beneficiários no mercado de saúde complementar. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 32., 2012, Bento Gonçalves. **Anais...** Bento Gonçalves: [s.n.], 2012. p. 1-10.

SALGADO, L. H. **Agências regulatórias na experiência brasileira: um panorama do atual desenho institucional**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2003. (Texto para discussão, 941). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0941.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2016.

SATO, F. R. L. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 49-62, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v41n1/04.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

SERRA, C. Entendendo a regulação prudencial no mercado de saúde complementar. **Cadernos de Seguro**, [S.l.], n. 186, p. 27-33, [2016]. Disponível em: <<http://cadernosdeseguro.funenseg.org.br/pdf/cadernos186artigo-cesar-serra.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2016.

STANCIOLI, A. E. **Incentivos e risco moral nos planos de saúde no Brasil**. 2002. Dissertação (Mestrado em Economia) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

STIGLER, G. J. The theory of economic regulation. **The Bell Journal of Economics and Management Science**, Washington, p. 3-21, 1971.

STIGLITZ, J. E. Information and economic analysis: a perspective. **Economic Journal**, [S.l.], v. 95, p. 21-41, 1985.

_____. Information and the change in the paradigm in economics. **The American Economic Review**, [S.l.], v. 92, n. 3, p. 460-501, 2002.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE. **Pesquisa nacional 2014**. São Paulo, [2014]. Disponível em: <http://www.unidas.org.br/uploads/WEB_pesquisa_unidas_21x28_150213.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2016.

VIANNA, A. C. **Judicialização da saúde suplementar**: a concepção do “direito como integridade” contra a discricionariedade judicial. 2013. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Direito do Sul de Minas, Pouso Alegre, 2013. Disponível em: < http://iess.org.br/cms/rep/1lugardireito_raxdb8gh.pdf>. Acesso em: 22 out. 2016.

ZWEIFEL, P.; MANNING, W. Moral hazard and consumer incentives in health care. In: CULYER, A. J.; NEWROUSE, J. P. (Ed.). **Handbook of health economics**. [S.l.]: Elsevier, 2000. p. 409-459.

ANEXO A - RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 63 DE, 22 DE DEZEMBRO DE 2003

Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004.

[Correlações]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência a ela conferida pelo inciso II, do art. 10, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, na forma prevista no art. 60, inciso II, alínea "a", do anexo I, da Resolução - RDC nº 95, de 30 de janeiro de 2002, considerando o disposto no art. 15, da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998 e no § 3º, do art. 15, da Lei nº 10.741, publicada no DOU de 3 de outubro de 2003, em reunião realizada em 11 de dezembro de 2003, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º A variação de preço por faixa etária estabelecida nos contratos de planos privados de assistência à saúde firmados a partir de 1º de janeiro de 2004, deverá observar o disposto nesta Resolução.

Art. 2º Deverão ser adotadas dez faixas etárias, observando-se a seguinte tabela:

I - 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;

II - 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;

III - 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;

IV - 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;

V - 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;

VI - 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;

VII - 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;

VIII - 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;

IX - 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;

X - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

Art. 3º Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela operadora, observadas as seguintes condições:

I - o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

III – as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos. (Incluído pela RN nº 254, de 06/05/2011)

Art 4º Para os planos já registrados na ANS, as alterações definidas nesta Resolução deverão constar das Notas Técnicas de Registro de Produto - NTRP, a partir das próximas atualizações anuais.

§1º As atualizações anuais devidas a partir da publicação desta Resolução até 31 de março de 2004 poderão ser apresentadas até 1º de abril de 2004.

§ 2º Até que seja feita a atualização da NTRP prevista neste artigo, deverão ser informados à ANS os percentuais de variação adotados, e eventuais alterações, por meio do aplicativo disponível na internet no endereço www.ans.gov.br, no prazo de 15 dias a contar do primeiro contrato comercializado com a alteração.

Art. 5º Esta Resolução entra em vigor a partir de 1º de janeiro de 2004.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

Fonte: Brasil (2003).

ANEXO B - RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 171, DE 29 DE ABRIL DE 2008

Estabelece critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas.

[Índice] [Correlações]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do artigo 10, combinado com os incisos XVII, XXI e XXXI do artigo 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e tendo em vista o disposto na Portaria nº 421, de 23 de dezembro de 2005, do Ministério da Fazenda, em reunião realizada em 29 de abril de 2008, e considerando a política de controle da evolução de preços adotada pela ANS, adotou a seguinte Resolução, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A partir de maio de 2008, os reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas, obedecerão ao disposto nesta Resolução.

Parágrafo único. Os planos médico-hospitalares incluem os planos que apresentam uma ou algumas das segmentações referência, ambulatorial e hospitalar, com ou sem obstetrícia, com ou sem cobertura odontológica, conforme previsto nos incisos I a IV do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

CAPÍTULO II DISPOSIÇÕES GERAIS

SEÇÃO I

DOS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR À SAÚDE, MÉDICO-HOSPITALARES, COM OU SEM COBERTURA ODONTOLÓGICA, SUJEITOS À AUTORIZAÇÃO DE REAJUSTE

SUBSEÇÃO I

DA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REAJUSTE

Art. 2º Dependerá de prévia autorização da ANS a aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos individuais e familiares de assistência suplementar à saúde que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

~~Art. 3º As operadoras que não aplicaram reajuste no período de referência da Resolução Normativa – RN nº 156, de 8 de junho de 2007, deverão comunicar a não aplicação à Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO, até 30 de agosto de 2008, através da página da ANS na internet, de acordo com os procedimentos previstos em Instrução Normativa a ser editada pela DIPRO. (Revogado pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33).~~

~~§1º A partir de maio de 2008, as operadoras que não aplicarem reajuste na contraprestação pecuniária de seus planos de saúde individuais e familiares, no período compreendido entre maio de um ano e abril subsequente de cada ano, deverão comunicar a não aplicação à Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO, até 30 de agosto deste último ano, através da página da ANS na internet, de acordo com os procedimentos previstos em Instrução Normativa a ser editada pela DIPRO. (Revogado pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33).~~

~~§2º Ficam isentas do envio da comunicação prevista neste artigo as operadoras que obtiverem autorização e não aplicarem reajuste e aquelas que tiverem o registro de operadora cancelado. (Revogado pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33).~~

~~§3º Enquanto o aplicativo não estiver disponível, a comunicação prevista neste artigo deverá ser feita mediante envio de declaração, cujo modelo consta no Anexo II, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal. (Revogado pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33).~~

Art. 4º As autorizações de reajuste deverão ser solicitadas através de aplicativo a ser disponibilizado na página da ANS na internet, de acordo com os procedimentos previstos em Instrução Normativa a ser editada pela DIPRO.

§1º Enquanto o aplicativo tratado no caput não estiver disponível, a solicitação de autorização para reajuste será efetuada através do envio de modelo constante no Anexo I devidamente preenchido.

~~§2º A solicitação de autorização para reajuste poderá ser enviada à ANS com antecedência máxima de 2 (dois) meses, a contar do final da eficácia da autorização em vigor ou do início de aplicação informado na solicitação.~~

§ 2º A solicitação de autorização para reajuste poderá ser enviada à ANS a partir do mês de março imediatamente anterior ao período a que se refere à solicitação. (Redação dada pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

§3º As autorizações de reajuste expedidas na vigência da Resolução Normativa – RN nº 156, de 8 de junho de 2007, permanecem em vigor até o final do período mencionado nos respectivos Ofícios autorizativos.

§4º As autorizações expedidas com base nesta Resolução não adotarão o conceito de período de referência previsto no artigo 2º da Resolução Normativa – RN nº 156, de 8 de junho de 2007.

§5º Não haverá nenhuma hipótese de cobrança retroativa, ressalvado o disposto no artigo 6º, §3º e no artigo 9º, §§1º e 4º.

~~§6º O termo inicial do período para aplicação do reajuste constante na solicitação de autorização não pode ser anterior à data do envio da solicitação de autorização.~~

§ 6º - A operadora deverá recolher a Taxa por Pedido de Reajuste de Contraprestação Pecuniária (TRC), através da Guia de Recolhimento da União (GRU), conforme determina a IN nº. 3 da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), de 12 de fevereiro de 2004, a ser realizado nos moldes da Resolução Normativa - RN nº. 89, de 15 de fevereiro de 2005, observando as isenções e os procedimentos estabelecidos na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. (Redação dada pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

§ 7º Será disponibilizada no sítio eletrônico da ANS consulta atualizada das autorizações de que trata este artigo por operadora. (Incluído pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

SUBSEÇÃO II DOS REQUISITOS

Art. 5º A autorização de reajuste de que trata o artigo anterior estará sujeita aos seguintes requisitos:

I - estar regular quanto à última informação devida no Sistema de Informação de Beneficiários – SIB, Sistema de Informações de Produtos – SIP e o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS;

~~II – enviar solicitação de autorização para reajuste de acordo com o artigo 4º;~~

II - enviar solicitação de autorização para reajuste de acordo com os §§ 1º a 6º do art.4º; (Redação dada pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

III - recolher a Taxa por Pedido de Reajuste de Contraprestação Pecuniária (TRC), através da Guia de Recolhimento da União (GRU), conforme determina a IN nº 3 da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), de 12 de fevereiro de 2004, a ser realizado nos moldes da Resolução Normativa - RN nº 89, de 15 de fevereiro de 2005, alterada pela Resolução Normativa - RN nº 101, de 3 de junho de 2005, observando as isenções e os procedimentos estabelecidos na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com a última alteração dada pela MP 2177- 44, de 24 de agosto de 2001; e

IV – não estar com registro de operadora cancelado.

§1º Enquanto o aplicativo tratado no artigo 4º não estiver disponível, o atendimento ao requisito previsto no inciso I será verificado pela Gerência-Geral Econômico-Financeira dos Produtos – GGEFP, através de relatório extraído dos sistemas da ANS.

§2º Ocorrendo, por quaisquer hipóteses, a impossibilidade de verificação dos requisitos conforme parágrafo anterior, a Gerência-Geral Econômico-Financeira dos Produtos – GGEFP poderá encaminhar Memorando para que a Diretoria gestora do respectivo sistema de informações se manifeste sobre o eventual não atendimento ao requisito no prazo de 7 (sete) dias, a contar da sua expedição.

§3º Caso a Gerência-Geral Econômico-Financeira dos Produtos – GGEFP não receba manifestação formal da Diretoria gestora do respectivo sistema de informações confirmando o não atendimento aos requisitos previstos nos incisos I e III, no prazo previsto no parágrafo anterior, será expedida autorização de reajuste para a operadora.

§4º As operadoras que estiverem em atraso ou com incorreção no encaminhamento das informações cadastrais mencionadas no inciso I deste artigo poderão receber autorização de reajuste caso tenham firmado Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta e tenham cumprido as obrigações exigíveis no momento da solicitação de autorização para reajuste, hipótese em que deverão enviar à ANS cópia do Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta juntamente com a solicitação de autorização para reajuste, sob pena de indeferimento.

SUBSEÇÃO III DO INDEFERIMENTO

Art. 6º Caso a operadora não cumpra os requisitos descritos no artigo 5º, a solicitação de autorização para reajuste será indeferida.

§1º Da decisão tratada no caput, cabe pedido de reconsideração, a ser postado ou protocolizado na ANS, no prazo de 10 (dez) dias, contados da ciência do indeferimento, com provas documentais de que a operadora já havia atendido aos requisitos descritos no artigo 5º.

§2º Sempre que o pedido de reconsideração não vier acompanhado da documentação comprobatória tratada no parágrafo anterior ou quando não for confirmado atendimento das exigências descritas no artigo 5º, o pedido de reconsideração será sumariamente indeferido.

~~§3º Após o recebimento tempestivo do pedido de reconsideração, a solicitação de autorização para reajuste deverá ser deferida, caso seja verificado que a operadora havia cumprido os requisitos descritos no artigo 5º e parágrafos, iniciando-se a possibilidade de implementação do reajuste no mês constante na solicitação.~~

§3º Após o recebimento tempestivo do pedido de reconsideração, a solicitação de autorização para reajuste deverá ser deferida, caso seja verificado que a operadora havia cumprido os requisitos descritos no artigo 5º e parágrafos, iniciando-se a possibilidade de implementação do reajuste na forma do § 3º do art. 7º desta Resolução. (Redação dada pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

§4º Ressalvada a hipótese do §2º, ocorrendo a impossibilidade de verificação dos requisitos com a documentação acostada aos autos, a Gerência-Geral Econômico-Financeira dos Produtos – GGEFP poderá adotar o procedimento previsto no artigo 5º, §§1º a 4º.

§5º Na hipótese de envio do pedido de reconsideração, a tempestividade será aferida pela data da postagem ou do protocolo da ANS.

§6º A ANS poderá prever o envio do pedido de reconsideração através do aplicativo disciplinado no artigo 4º, estabelecendo alternativas à prova documental tratada nos §§1º e 2º, de acordo com os procedimentos dispostos em Instrução Normativa a ser editada pela DIPRO.

~~§7º Na hipótese de manutenção do indeferimento, a operadora poderá solicitar nova autorização de reajuste, desde que observadas as exigências do artigo 5º, sendo necessário novo recolhimento da taxa prevista em seu inciso III, iniciando-se a possibilidade de implementação do reajuste no mês constante na nova solicitação.~~

§7º Na hipótese de manutenção do indeferimento, a operadora poderá solicitar nova autorização de reajuste, desde que observadas as exigências do artigo 5º, sendo necessário novo recolhimento da taxa prevista no §6º do art.4º, iniciando-se a possibilidade de implementação do reajuste na forma do § 3º do art. 7º desta Resolução,

em relação à nova solicitação. (Redação dada pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

SUBSEÇÃO IV DA FORMALIZAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO

Art. 7º Nas hipóteses de deferimento da solicitação de autorização para reajuste ou de deferimento a partir do provimento do pedido de reconsideração, a autorização de reajuste será formalizada mediante ofício emitido na página da ANS na internet, que deverá indicar:

I – índice de reajuste máximo a ser aplicado, conforme publicado no Diário Oficial da União; e

II – início e o fim do período a que se refere a autorização.

II - início e o fim do período de aniversário dos contratos a que se refere a autorização; e (Redação dada pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

III - início da aplicação do reajuste. (Incluído pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

§1º ~~O fim do período tratado no inciso II corresponderá ao mês de abril de cada ano.~~

§1º O início e o fim do período tratado no inciso II corresponderá, respectivamente, aos meses de maio e de abril subsequente. (Redação dada pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

§2º A vigência máxima da autorização de reajuste será de 12 (doze) meses.

~~§3º Na hipótese do artigo 4º, §6º, o início do período da autorização será a data do recebimento da solicitação de autorização para reajuste, desde que não haja outra autorização em vigor, hipótese em que será considerado o primeiro dia posterior ao seu termo final.~~

§3º O início do período de aplicação do reajuste tratado no inciso III será a data do recebimento da solicitação de autorização para reajuste, ressalvada a hipótese do §2º do art. 4º, hipótese em que será considerado o mês de maio subsequente. (Redação dada pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

§4º Enquanto o aplicativo não estiver disponível, a autorização será formalizada mediante Ofício Autorizativo, que deverá conter as informações tratadas no caput e será enviado por correspondência com Aviso de Recebimento - AR.

SUBSEÇÃO V DO ÍNDICE DE REAJUSTE MÁXIMO

Art. 8º O índice de reajuste máximo a ser autorizado pela ANS para as contraprestações pecuniárias dos planos tratados no artigo 2º, será publicado no Diário Oficial da União e na página da ANS na internet, após aprovação da Diretoria Colegiada da ANS.

Parágrafo único. Os valores relativos às franquias ou coparticipações não poderão sofrer reajuste em percentual superior ao autorizado pela ANS para a contraprestação pecuniária.

SUBSEÇÃO VI DA APLICAÇÃO DO REAJUSTE

Art. 9º A operadora que obtiver a autorização da ANS poderá aplicar o reajuste a partir do mês de aniversário do contrato.

§1º Caso haja defasagem entre a aplicação do reajuste e o mês de aniversário do contrato de até dois meses, este será mantido e será permitida cobrança retroativa, a ser diluída pelo mesmo número de meses de defasagem.

§2º Na hipótese do parágrafo anterior, a operadora poderá aplicar o reajuste subsequente, nos seguintes meses:

I - 10 (dez) meses após o último reajuste em caso de 2 (dois) meses de cobrança retroativa no ano anterior; ou

II – 11 (onze) meses após o último reajuste em caso de 1 (um) mês de cobrança retroativa no ano anterior.

§3º Caso a defasagem seja superior a dois meses, o mês de aniversário do contrato será mantido e não será permitida cobrança retroativa.

~~§4º O início de aplicação do reajuste não será prejudicado por atraso no processo autorizativo imputável exclusivamente à ANS.~~

§ 4º O início de aplicação do reajuste não será prejudicado por atraso no processo autorizativo imputável exclusivamente à ANS, ficando autorizada a retroatividade do reajuste ao mês do início de aplicação, constante no ofício autorizativo, desde que as eventuais cobranças retroativas se iniciem em até dois meses a contar da autorização e sejam diluídas pelo mesmo número de meses de atraso, limitado ao mês anterior ao próximo aniversário do contrato. (Redação dada pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

SUBSEÇÃO VII DAS INFORMAÇÕES NO BOLETO DE PAGAMENTO

Art. 10. Quando da aplicação dos reajustes autorizados pela ANS, deverá constar de forma clara e precisa, no boleto de pagamento enviado aos beneficiários, o percentual autorizado, o número do ofício da ANS que autorizou o reajuste aplicado, nome, código e número de registro do plano e o mês previsto para o próximo reajuste.

Parágrafo único. Nas hipóteses do artigo 6º, §3º e do artigo 9º, §§1º e 4º, deverá constar de forma clara e precisa o valor referente à cobrança retroativa.

SUBSEÇÃO VIII DA ALIENAÇÃO DE CARTEIRA

Art. 11. No caso de alienação de carteira, até a conclusão do processo, será de responsabilidade da cedente a solicitação de autorização para reajuste dos planos descritos no artigo 2º.

Parágrafo único. A operadora adquirente passa a ser responsável pela solicitação de autorização para reajuste após a data da conclusão do processo de transferência da carteira na Gerência-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos - GGEOP.

SEÇÃO II DOS PLANOS CONTRATADOS ANTES DE 1º DE JANEIRO DE 1999 E NÃO ADAPTADOS À LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

Art. 12. Os reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência complementar à saúde contratados até 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, deverão obedecer ao disposto neste artigo.

§1º Para fins de reajuste das contraprestações pecuniárias, deverá ser aplicado o disposto no contrato, desde que contenha o índice de preços a ser utilizado ou critério claro de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste.

§2º Caso as cláusulas do contrato não indiquem expressamente o índice de preços a ser utilizado para reajustes das contraprestações pecuniárias e/ou sejam omissas quanto ao critério de apuração e demonstração das

variações consideradas no cálculo do reajuste, deverá ser adotado percentual limitado ao reajuste estipulado pela ANS, de acordo com esta Resolução.

§3º Nas hipóteses previstas nos §§1º e 2º, quando da aplicação do reajuste, deverá constar de forma clara e precisa junto ao boleto de pagamento enviado aos beneficiários, o percentual estabelecido, cópia da cláusula que determina seu critério de apuração, nome e código de identificação do plano no Sistema de Cadastro de Planos Antigos.

§4º Excetuam-se da regra estabelecida no §2º os planos previstos nos Termos de Compromisso que definem critérios para apuração do índice de reajuste a ser autorizado pela Agência.

§5º Na hipótese prevista no parágrafo anterior, quando da aplicação do reajuste, além das informações que deverão ser apresentadas aos beneficiários previstas nos Termos de Compromisso, devem ainda ser informados de forma clara e precisa junto ao boleto de pagamento enviado aos beneficiários, o percentual estabelecido, o número do ofício da ANS que autorizou o reajuste aplicado, nome e código de identificação do plano no Sistema de Cadastro de Planos Antigos.

SEÇÃO III
DOS PLANOS COLETIVOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR À SAÚDE,
MÉDICO-HOSPITALARES, COM OU SEM COBERTURA ODONTOLÓGICA,
SUJEITOS AO COMUNICADO DE REAJUSTE
SUBSEÇÃO I
DA OBRIGATORIEDADE DE COMUNICAÇÃO DO REAJUSTE

Art. 13. Para os planos coletivos médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, com formação de preço pré-estabelecido, assim definidos pelo item 11.1 do anexo II da Resolução Normativa - RN nº 100, de 3 de junho de 2005, independente da data da celebração do contrato, deverão ser informados à ANS:

I – os percentuais de reajuste e revisão aplicados; e

II – as alterações de coparticipação e franquia.

SUBSEÇÃO II
DA COMUNICAÇÃO

~~Art. 14. Os reajustes e as alterações de franquia e coparticipação deverão ser comunicados pela internet, por meio de aplicativo, em até trinta dias após a sua aplicação, de acordo com os procedimentos previstos na Instrução Normativa nº 13, de 21 de julho de 2006, da DIPRO, ou em outra que venha a substituí-la.~~

~~Art. 14. Os reajustes e as alterações de franquia e coparticipação deverão ser comunicados pela internet, por meio de aplicativo, em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação, de acordo com os procedimentos previstos na Instrução Normativa nº 13, de 21 de julho de 2006, da DIPRO, ou em outra que venha a substituí-la, ressalvado e disposto nos §§ 1º e 2º deste artigo. (Redação dada pela RN nº 274, de 20/10/2011)~~

Art. 14. Os reajustes das contraprestações pecuniárias dos contratos coletivos deverão ser comunicados à ANS pela internet de acordo com os procedimentos previstos na Instrução Normativa nº 13, de 21 de julho de 2006, da DIPRO, ou em outra norma que venha a substituí-la. (Redação dada pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

~~§1º As operadoras com até 100.000 (com mil) beneficiários deverão comunicar os reajustes e as alterações de franquia e coparticipação dos contratos coletivos trimestralmente, nos seguintes prazos: (Acréscimo pela RN nº 274, de 20/10/2011) (Revogado pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)~~

~~a) os reajustes aplicados em março, abril e maio deverão ser comunicados até o dia 31 de junho subsequente; (Acréscimo pela RN nº 274, de 20/10/2011)~~

~~a) os reajustes aplicados em março, abril e maio deverão ser comunicados até o dia 30 de junho subsequente; (Redação dada pela RN nº 274, de 20/10/2011, após retificação publicada no Diário Oficial da União,~~

~~em 01/11/2011, Seção 1, páginas 58 e 59) (Revogado pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33).~~

~~b) os reajustes aplicados em junho, julho e agosto deverão ser comunicados até o dia 30 de setembro subsequente; (Acrescentado pela RN nº 274, de 20/10/2011) (Revogado pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33).~~

~~e) os reajustes aplicados em setembro, outubro e novembro deverão ser comunicados até o dia 31 de dezembro subsequente; e (Acrescentado pela RN nº 274/20/10/2011) (Revogado pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33).~~

~~d) os reajustes aplicados em dezembro, janeiro e fevereiro deverão ser comunicados até o dia 31 de março subsequente. (Acrescentado pela RN nº 274, de 20/10/2011) (Revogado pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33).~~

~~§2º Para fins do disposto no parágrafo anterior, o número de beneficiários a ser considerado deverá corresponder ao informado no SIB do mês de janeiro imediatamente anterior ao início do trimestre. (Acrescentado pela RN nº 274, de 20/10/2011) (Revogado pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33).~~

Art. 15. Para fins do disposto no artigo 13 desta Resolução, deverá ser comunicada qualquer variação positiva, negativa ou igual a zero da contraprestação pecuniária, seja decorrente de reajuste, revisão ou da sua manutenção.

§1º A variação igual a zero de que trata o caput deste artigo se refere à manutenção do valor da contraprestação pecuniária após o prazo de 12 meses a contar do último reajuste.

§2º Para cada período de 12 meses deverá haver ao menos uma comunicação de reajuste, revisão ou manutenção da contraprestação pecuniária.

SUBSEÇÃO III DAS INFORMAÇÕES NO BOLETO DE PAGAMENTO E NA FATURA

Art. 16. Os boletos e faturas de cobrança com a primeira parcela reajustada dos planos coletivos, deverão conter as seguintes informações:

I – se o plano é coletivo com ou sem patrocínio, conforme o caso, de acordo com definição prevista no anexo II da Resolução Normativa - RN nº 100, de 3 de junho de 2005;

II – o nome do plano, nº do registro do plano na ANS ou código de identificação no Sistema de Cadastro de Planos Antigos, e número do contrato ou da apólice;

III - data e percentual do reajuste aplicado ao contrato coletivo;

IV – valor cobrado; e

V – que o reajuste será comunicado à ANS em até trinta dias após sua aplicação, por força do disposto nesta Resolução.

§1º Sempre que houver cobrança mensal dos beneficiários, por qualquer meio, como desconto em folha ou débito bancário, ainda que não sejam emitidos pela operadora, esta deverá diligenciar para que os beneficiários recebam, no mês do reajuste, um documento contendo as informações previstas neste artigo.

§2º No documento previsto no parágrafo anterior, a informação tratada no inciso IV deverá especificar o valor ou a parcela para pagamento do beneficiário.

Art.16-A. Todos os valores cobrados devem ser discriminados, inclusive, as despesas acessórias, tais como as tarifas bancárias, as coberturas adicionais contratadas em separado, multa e juros. (Incluído pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33 em vigor a partir de 01/05/2015)

SUBSEÇÃO IV DA ALIENAÇÃO DE CARTEIRA

Art. 17. No caso de alienação de carteira, até a conclusão do processo de transferência dos produtos, serão de responsabilidade da cedente as comunicações de reajuste de planos coletivos descritas no artigo 13.

§1º No caso de alienação de carteira, a operadora adquirente passa a ser responsável pelo comunicado de reajuste após a data da conclusão do processo de transferência na Gerência-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos - GGEOP.

§2º O prazo para envio dos comunicados de reajuste na hipótese do parágrafo anterior ficará suspenso entre a data da conclusão do processo de transferência da carteira na Gerência-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos - GGEOP e a habilitação da operadora adquirente para o envio dos comunicados de reajuste dos planos transferidos no aplicativo RPC.

§3º Na hipótese do parágrafo anterior, após a habilitação no aplicativo RPC, caberá a operadora adquirente a obrigação de comunicar os reajustes efetuados no período em que o prazo de envio esteve suspenso.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 18. A operadora deverá manter por cinco anos, disponíveis para eventual fiscalização da ANS, os documentos que comprovem a alteração ou manutenção do valor da contraprestação pecuniária dos planos de que tratam esta Resolução.

Art. 19. As variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, não são consideradas reajuste para fins desta Resolução.

Art. 20. A existência de cláusula contratual entre a operadora e o beneficiário do plano contratado após 1º de janeiro de 1999 e dos planos adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, prevendo reajuste ou revisão das contraprestações pecuniárias e especificando fórmulas e parâmetros para o seu cálculo, não exime as operadoras do cumprimento do disposto nesta Resolução.

Art. 21. A ausência de pagamento de contraprestação pecuniária que sofra alteração pela aplicação de reajuste ou revisão sem observância do disposto nesta Resolução, não será considerada como inadimplência para fins do disposto no inciso II do parágrafo único, do artigo 13, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 22. A DIPRO poderá, por meio de Instruções Normativas, detalhar as rotinas de solicitação e autorização de reajuste e de preenchimento e envio das informações de que trata esta Resolução, com vistas ao desenvolvimento e aperfeiçoamento da sistemática de autorização de reajustes dos produtos.

Parágrafo único - Os anexos e o aplicativo estão disponíveis na página da ANS para consulta e cópia no endereço eletrônico <http://www.ans.gov.br>, portal operadoras.

Art. 23. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor – Presidente

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2008).

ANEXO C - RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 254, DE 5 DE MAIO DE 2011

Dispõe sobre a adaptação e migração para os contratos celebrados até 1º de janeiro de 1999 e altera as Resoluções Normativas nº 63, de 22 de dezembro de 2003, que define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004; e nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.

[Correlações] [Revogações]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os artigos 1º e 3º, os incisos II, XXIV, XLI do artigo 4º e o inciso II do artigo 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, considerando o disposto no artigo 35 da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, em conformidade com o inciso III do artigo 6º cumulado com a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 05 de maio de 2011, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a adaptação e migração de contratos ao sistema previsto na Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, e altera as Resoluções Normativas nº 63, de 22 de dezembro de 2003, que define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004; e nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.

Art. 2º Para os efeitos desta Resolução, considera-se:

I – adaptação: aditamento de contrato de plano privado de assistência à saúde celebrado até 1º de janeiro de 1999, para ampliar o conteúdo do contrato de origem de forma a contemplar todo o sistema previsto na Lei nº 9656, de 1998;

II – migração: celebração de novo contrato de plano privado de assistência à saúde ou ingresso em contrato de plano privado de assistência à saúde coletiva por adesão, no âmbito da mesma operadora, referentes a produtos com registro em situação "ativo", concomitantemente com a extinção do vínculo ou do contrato, anterior a 1º de janeiro de 1999;

III – responsável pelo contrato:

a) no plano individual ou familiar:

1. o titular;
2. o beneficiário que assume as obrigações financeiras do contrato, em caso de extinção do vínculo do titular; ou
3. a pessoa que representa ou assiste o titular incapaz na contratação do plano.

b) nos planos coletivos:

1. a pessoa jurídica que celebrou o contrato;
2. o conveniente/patrocinador, no caso de planos de autogestões com a participação de patrocinador; ou
3. o conselho deliberativo previsto no estatuto, nos demais planos operados por autogestão.

IV – contrato de origem: cláusulas contratuais ou do regulamento do plano vigentes no momento da adaptação ou da migração;

V – ajuste da adaptação: é o percentual que representa o aumento da contraprestação pecuniária em decorrência da adaptação;

VI – tipo: é a classificação de um plano privado de assistência à saúde com base na segmentação assistencial, conforme disposto no **Anexo** da RN nº 186, de 2009; e

VII – tipo compatível: é o tipo que permite ao beneficiário o exercício da migração para um outro tipo por preencher os requisitos de segmentação assistencial, tipo de contratação e faixa de preço, nos termos desta Resolução.

CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES GERAIS SEÇÃO I DA ADAPTAÇÃO

Art. 3º É garantido ao responsável pelo contrato de plano celebrado até 1º de janeiro de 1999 o direito a adaptar o seu contrato ao sistema previsto na Lei nº 9656, de 1998, no mesmo tipo de contratação e segmentação, sem que haja nova contagem de carências.

§ 1º Quando solicitado pelo responsável pelo contrato, é obrigatório o oferecimento da proposta de adaptação pela operadora em até 5 (cinco) dias úteis.

§ 2º O aditivo contratual deverá entrar em vigor no ato da sua celebração.

§ 3º Na hipótese do § 1º deste artigo, caso a operadora possua planos de saúde com registro de produto em situação “ativo”, deve também oferecer uma proposta de migração, observado o disposto nas seções II e III deste capítulo.

§ 4º Devem ser oferecidas as mesmas opções e as mesmas cláusulas contratuais a todo o grupo vinculado a um mesmo plano.

Art. 4º Em plano de contratação individual ou familiar, a proposta de adaptação deve incluir todos os beneficiários do contrato, e o exercício do direito previsto no artigo 3º pelo responsável pelo contrato produz efeitos em relação a todos os beneficiários.

Art. 5º Os contratos adaptados ficam sujeitos às disposições da Lei nº 9656, de 1998, inclusive quanto a reajustes e revisões.

Parágrafo único. Devem ser mantidas as cláusulas contratuais que sejam compatíveis com a legislação em vigor, sendo obrigatória a adaptação das cláusulas dissonantes.

Art. 6º Na adaptação de contratos, a cobertura assistencial deve respeitar as exigências mínimas definidas no artigo 12 da Lei nº 9656, de 1998, e observar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações.

Parágrafo único. A ampliação de cobertura decorrente da adaptação não pode alterar as cláusulas do contrato de origem em relação aos procedimentos já cobertos e às demais cláusulas que sejam compatíveis com a legislação em vigor, que devem ser mantidas conforme parágrafo único do artigo 5º desta Resolução.

Art. 7º Para atendimento ao disposto no artigo 6º desta Resolução, a ampliação das coberturas no âmbito da adaptação de contratos deve observar a segmentação do plano privado de assistência à saúde do contrato de origem cadastrada no Sistema de Cadastro de Planos Antigos – SCPA.

§ 1º A prova documental apresentada pelo responsável pelo contrato que identifique a segmentação do plano privado de assistência à saúde prevalece sobre as informações cadastradas no SCPA e deve servir de base para o cumprimento das normas pertinentes à ampliação das coberturas no âmbito da adaptação de contratos.

§ 2º Na ausência de prova documental e não estando o plano privado de assistência à saúde referido no caput cadastrado no SCPA, o responsável pelo contrato terá o direito de exercer a adaptação do contrato na segmentação mais abrangente de plano de saúde oferecido pela operadora.

Art. 8º Quando a adaptação de contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo do ajuste da adaptação deve ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura.

§ 1º O cálculo do ajuste da adaptação deve constar de Nota Técnica Atuarial de Adaptação, de responsabilidade da operadora, e o percentual resultante deve ser único por plano.

§ 2º O ajuste da adaptação a ser aplicado sobre a contraprestação pecuniária vigente à época da adaptação fica limitado a 20,59% (vinte vírgula cinquenta e nove por cento).

§ 3º A Nota Técnica Atuarial de Adaptação deve conter, no mínimo, o seguinte:

I – critério técnico adotado e definição de todos os parâmetros e variáveis utilizados;

II – demonstração dos cálculos realizados para a definição do percentual de ajuste;

III – descrição do banco de dados utilizado e o período de observação; e

IV – assinatura do atuário, com seu número de identificação profissional reconhecido por órgão oficial governamental.

§ 4º A Nota Técnica Atuarial de Adaptação deve ficar disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar a sua alteração se:

I – o cálculo do ajuste da adaptação não observar o disposto no caput;

II – não for observado o disposto no parágrafo anterior; ou

III – o percentual obtido não estiver devidamente justificado, por qualquer outra razão.

§ 5º O aumento na contraprestação pecuniária em função da adaptação não configura reajuste para fins do disposto na RN nº 195, de 2009, na RN nº 171, de 2008, na IN DIPRO nº 13, de 2006, e nas suas alterações, podendo ser cobrado a partir da entrada em vigor do aditivo contratual.

Art. 9º A cláusula de reajuste por mudança de faixa etária do contrato adaptado deve obedecer às regras estabelecidas na RN nº 63, de 2003, ou em norma que a substitua.

§ 1º A cláusula de reajuste por mudança de faixa etária do contrato de origem que já estiver em conformidade com a regulamentação vigente não pode ser alterada na adaptação.

§ 2º Na ausência de previsão de aumento por mudança de faixa etária no contrato de origem, é vedada a qualquer tempo a inclusão de cláusula de reajuste desta natureza.

§ 3º Os percentuais de variação por mudança de faixa etária devem ser os mesmos para todos os contratos adaptados vinculados ao mesmo plano.

Art. 10 A data do reajuste anual do contrato adaptado deve observar o seguinte:

I - no contrato individual ou familiar, deve ser mantida a data prevista no contrato de origem; e

II - no contrato coletivo, é livre a sua negociação, desde que respeitada a periodicidade mínima de 12 (doze) meses a cada reajuste.

Art. 11 A partir da adaptação do contrato, os reajustes anuais por variação de custos devem ser aplicados nos termos definidos na regulamentação da ANS, sobre o valor da contraprestação pecuniária então em vigor.

Art. 12 A proposta de adaptação de contratos deve ser redigida de forma clara e precisa, em linguagem de fácil compreensão, sendo obrigatório dar destaque às cláusulas restritivas de direitos dos beneficiários, às cláusulas que submetam o exercício de direitos pelos beneficiários a condições ou termos, e às cláusulas de reajuste anual e por faixa etária, devendo conter as seguintes informações:

- I – o valor do ajuste da adaptação e o novo valor da contraprestação pecuniária do plano em moeda corrente;
- II – o mês de aniversário do contrato, ou, no caso das autogestões, a data da aprovação do regulamento ou da assinatura do convênio de adesão, para o reajuste anual;
- III – a indicação de que a cobertura assistencial e as condições de acesso serão ampliadas para respeitarem as garantias mínimas definidas na Lei nº 9656, de 1998, e para garantir a cobertura de todo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, de acordo com a segmentação contratada, sem prejuízo das coberturas previstas no contrato de origem;
- IV – a indicação da rede prestadora de serviços, no caso de alteração em relação à do contrato de origem ou sempre que dele não constar, nos termos do artigo 17, da Lei nº 9656, de 1998;
- V – as informações acerca do prazo restante para o cumprimento da Cobertura Parcial Temporária – CPT, para os beneficiários cuja CPT esteja prevista no contrato de origem, respeitando o limite máximo de 24 (vinte e quatro) meses, conforme previsto no artigo 24 desta Resolução;
- VI – as informações acerca do prazo restante para cumprimento de carência para os beneficiários cuja carência esteja prevista no contrato de origem, respeitando-se os limites máximos previstos na Lei nº 9656, de 1998;
- VII – as novas faixas etárias e os seus respectivos percentuais de variação, observado o disposto no artigo 9º desta Resolução;
- VIII – a indicação de submissão do contrato a todas as disposições da Lei nº 9656, de 1998, a partir da vigência do aditivo, inclusive quanto a reajustes e revisões;
- IX – a indicação de que está garantida a manutenção das coberturas previstas no contrato de origem;
- X – indicação de manutenção das cláusulas contratuais que sejam compatíveis com a legislação em vigor;
- XI – a indicação das mudanças feitas nas cláusulas contratuais a partir da adaptação contratual;
- XII – nome e código do plano cadastrado no SCPA;
- XIII – a indicação da data do início de vigência do aditivo, observado o disposto no § 2º do artigo 3º;
- XIV – a indicação de outras adequações necessárias à conformidade do contrato de origem à Lei nº 9656, de 1998; e
- XV – a ressalva de que uma vez efetivada a adaptação contratual, não é possível o retorno ao contrato de origem, conforme artigo 22 desta Resolução.

§ 1º No aditivo contratual da adaptação, podem ser utilizados os textos dos dispositivos de instrumento jurídico da operadora já aprovados nos aplicativos RPS/ARPS e válidos ou os publicados como Dispositivo de Instrumento Jurídico – DIJ na página da ANS, ambos identificados por seus códigos.

§ 2º Sempre que o responsável pelo contrato formalizar dúvidas em relação à proposta, a operadora deve prestar, no prazo de 3 (três) dias úteis, em linguagem de fácil compreensão, os esclarecimentos por meios hábeis à comprovação de seu recebimento.

SEÇÃO II DA MIGRAÇÃO

Art. 13 É garantido ao responsável pelo contrato e, nos planos individuais ou familiares e coletivos por adesão, também a cada beneficiário autonomamente, o direito de migrar para um plano de saúde da mesma operadora, sem que haja nova contagem de carências.

Art. 14 A migração pode ser exercida individualmente ou por todo o grupo familiar vinculado ao contrato, mediante o requerimento de cada beneficiário.

§1º A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas cláusulas contratuais, com a assunção das obrigações dele decorrentes.

§ 2º Nos planos coletivos por adesão, a manutenção do vínculo do grupo familiar com o contrato coletivo depende da participação do beneficiário titular no contrato, ressalvada disposição em contrário.

Art. 15 Para o exercício do direito previsto no artigo anterior, é necessário que o plano de destino atenda aos seguintes requisitos:

I – seja do tipo individual ou familiar ou coletivo por adesão;

II – seja compatível com o plano de origem, conforme disposto no Anexo da RN nº 186, de 2009; e

III – sua faixa de preço seja igual ou inferior à faixa de preço em que se enquadra o valor do plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de migração, na forma prevista no Anexo da RN nº 186, de 2009.

§ 1º No caso de o plano de destino ser coletivo por adesão, a migração requer a comprovação de vínculo com a pessoa jurídica contratante, nos termos do artigo 9º da RN nº 195, de 2009.

§ 2º O requisito previsto no inciso II deste artigo deve ser comprovado através da apresentação de relatório emitido pelo aplicativo previsto no artigo 18, da IN DIPRO nº 19, de 2009.

§ 3º As faixas de preço previstas no inciso III deste artigo são aquelas definidas na IN DIPRO nº 19, de 2009.

Art. 16 Quando solicitado pelo beneficiário, é obrigatório o oferecimento imediato pela operadora da proposta de migração de que trata esta Resolução.

§ 1º Nas propostas de migração devem ser oferecidas as mesmas opções e as mesmas cláusulas contratuais a todo o grupo vinculado a um mesmo plano.

§ 2º Nas hipóteses do artigo anterior, fica dispensada do oferecimento de proposta de migração a operadora que não possuir planos de destino que atendam aos requisitos estabelecidos naquele dispositivo.

§ 3º Na hipótese do parágrafo anterior, caso o solicitante seja o responsável por plano individual ou familiar, a operadora deve oferecer-lhe proposta de adaptação, prevista no artigo 3º desta Resolução.

Art. 17 O beneficiário que não conseguir identificar seu plano de origem, em consulta ao Guia ANS de Planos de Saúde, pode protocolizar solicitação na ANS, que encaminhará a listagem dos planos compatíveis ao solicitante, para que seja apresentada à operadora no momento da escolha do plano de destino.

§ 1º A solicitação de que trata o caput deste artigo deve estar instruída com cópia do contrato ou outro documento que permita a identificação do plano de origem, bem como de comprovante de pagamento do referido plano.

§ 2º A listagem de que trata o caput deste artigo dispensa o beneficiário da apresentação do relatório previsto no § 2º do artigo 15.

§ 3º Caso seja constatada, no procedimento de que trata o caput deste artigo, a ausência de cadastramento do plano de origem no Sistema de Cadastro de Planos Antigos – SCPA, o beneficiário terá o direito de migrar para qualquer plano individual ou familiar ou, atendida a condição estabelecida no § 1º do artigo 15 desta Resolução, para plano coletivo por adesão, conforme fará a ANS constar da resposta que encaminhará à sua solicitação.

Art. 18 A proposta de migração deve obedecer às regras vigentes para o preço do plano, observados os limites estabelecidos na RDC nº 28, de 2000.

Parágrafo único. Na hipótese do § 2º do artigo 16, a operadora pode oferecer condições especiais em relação ao preço e às carências para aquisição de produtos não enquadrados em tipo compatível, desde que observado o disposto no caput, sendo vedada a cobrança de valores superiores aos praticados em condições normais de comercialização do mesmo produto.

Art. 19 A proposta de migração deve ser redigida de forma clara e precisa, em linguagem de fácil compreensão, sendo obrigatório dar destaque às cláusulas restritivas dos direitos dos beneficiários, às cláusulas que submetam o exercício de direitos pelos beneficiários a condições ou termos e às cláusulas de reajuste anual e por faixa etária, devendo conter as seguintes informações:

I – o preço do plano apresentado para a migração, com a informação de que o primeiro reajuste dar-se-á após 12 (doze) meses de vigência do novo contrato;

II – a indicação da data do início de vigência do novo contrato;

III – o mês de aniversário do contrato ou, no caso das autogestões, a data da aprovação do regulamento ou da assinatura do convênio de adesão, para o reajuste anual;

IV – o demonstrativo das condições especiais de preço e de carência para as novas coberturas, na hipótese prevista no § 2º do artigo 16 desta Resolução, e a comparação destas com as condições normais de venda, se for o caso;

V – as informações acerca do prazo restante para o cumprimento da Cobertura Parcial Temporária – CPT, para os beneficiários cuja CPT esteja prevista no contrato de origem, respeitando o limite máximo de 24 (vinte e quatro) meses, conforme previsto no artigo 24 desta Resolução;

VI – as informações acerca do prazo restante para cumprimento de carência para os beneficiários cuja carência esteja prevista no contrato de origem, respeitando-se os limites máximos previstos na Lei nº 9656, de 1998;

VII – a indicação de que a cobertura assistencial e as condições de acesso serão aquelas definidas na Lei nº 9656, de 1998, garantindo-se as coberturas do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, de acordo com a segmentação contratada;

VIII – a indicação detalhada da lista das coberturas e/ou procedimentos previstos no contrato de origem e não contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde à época da migração;

IX – a informação de que coberturas e/ou procedimentos previstos no contrato de origem e não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde à época da migração não serão cobertos no novo plano, salvo previsão no novo contrato e nas futuras atualizações do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

X – as faixas etárias e os seus respectivos percentuais de variação;

XI – o nome e o código, do plano antigo, cadastrado no SCPA;

XII – o nome comercial e o número de registro na ANS dos planos que estão sendo oferecidos na proposta;

XIII – na hipótese do §3º, do artigo 16 desta Resolução, o esclarecimento de que, na opção pelo exercício da adaptação, o aumento de sua contraprestação fica limitado a 20,59% (vinte vírgula cinquenta e nove por cento); e

XIV – a ressalva de que uma vez efetivada a migração, não é possível o retorno ao contrato de origem, conforme artigo 22 desta Resolução.

§ 1º Deve acompanhar a proposta de migração um catálogo listando toda a rede prestadora de serviços do novo plano.

§ 2º Sempre que o responsável pelo contrato formalizar dúvidas em relação à proposta, a operadora deve prestar, no prazo de 3 (três) dias úteis, em linguagem de fácil compreensão, os esclarecimentos por meios hábeis à comprovação de seu recebimento.

SEÇÃO III DAS DISPOSIÇÕES COMUNS À ADAPTAÇÃO E À MIGRAÇÃO

Art. 20 Nenhuma adaptação ou migração de contrato pode ocorrer por decisão unilateral da operadora, ficando assegurado aos responsáveis pelos contratos ou beneficiários, que por elas não optarem, a manutenção do contrato de origem.

Art. 21 A operadora deve divulgar de forma ostensiva e habitual que os responsáveis pelos contratos e beneficiários de planos firmados até 1º de janeiro de 1999 têm o direito de usufruir da adaptação e migração, conforme estabelecido nesta Resolução.

Art. 22 Uma vez efetivada a adaptação ou a migração, não é possível o retorno ao contrato de origem.

Art. 23 As regras de carência e de cobertura parcial temporária na adaptação e na migração dos planos coletivos devem observar também as disposições da RN nº 195, de 2009, ou em norma que a substitua.

Art. 24 A adaptação ou a migração previstas nesta Resolução não permitem a alegação de omissão de informação de Doenças ou Lesões Preexistentes – DLP de que cuida a RN nº 162, de 2007.

§ 1º Por ocasião da aceitação da proposta de adaptação ou de migração previstas nesta Resolução, as operadoras de planos de saúde não podem solicitar o preenchimento de Declaração de Saúde para fins de declaração de conhecimento prévio de DLP.

§ 2º O beneficiário que estiver em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, conforme a definição dada pela RN nº 162, de 2007, deverá continuar a cumpri-la no contrato adaptado ou no novo contrato, até o final do prazo estipulado no contrato de origem, limitado em 24 (vinte e quatro) meses a contar da data de ingresso do beneficiário no contrato de origem, tanto para os procedimentos que já eram pelo contrato de origem cobertos, quanto para os novos procedimentos cobertos a partir da adaptação ou da migração, relacionados à Doença ou Lesão Preexistente que motivou a CPT.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 25 Ficam **revogadas** as Resoluções Normativas nº 64, de 22 de dezembro de 2003, nº 70, de 19 de fevereiro de 2004, nº 78, de 25 de junho de 2004, e nº 80, de 1º de setembro de 2004.

§ 1º As migrações e adaptações realizadas em cumprimento à Resolução Normativa nº 64, de 2003, e suas posteriores alterações continuam produzindo seus regulares efeitos.

§ 2º Os instrumentos contratuais de adaptação e migração que foram celebrados antes da vigência desta Resolução que naquela época estavam em desacordo com as demais normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, permanecem sujeitos à aplicação de penalidades cabíveis.

Art. 26 Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos celebrados anteriormente à vigência da Lei nº 9656, de 1998, por prazo determinado, e que foram aditados após 1º de janeiro de 1999 para prorrogação de seu prazo de duração ou sua renovação, ou que, mesmo não tendo sido formalmente aditados, sua execução tenha sido tacitamente prolongada após o termo final de vigência, submetem-se integralmente ao regime instituído pela Lei nº 9656, de 1998, possuindo todas as suas garantias.

Parágrafo único. Fica a operadora obrigada, quando da próxima renovação ou em até doze meses a partir do início de vigor desta Resolução, o que ocorrer primeiro, a formalizar todas as alterações contratuais necessárias à perfeita adequação à regulamentação vigente no setor de saúde suplementar, nos termos desta Resolução, sendo facultada, na mesma oportunidade, a inclusão de cláusula prevendo a realização dos ajustes considerados necessários na contraprestação pecuniária, conforme previsto no artigo 8º desta Resolução.

Art. 27 Os contratos coletivos vigentes por prazo indeterminado ou que contenham cláusula de recondução tácita e estejam incompatíveis com o disposto na Lei nº 9656, de 1998, não poderão receber novos beneficiários, ressalvados os casos de inclusão de novo cônjuge e filhos do titular.

Art. 28. O artigo 3º da Resolução Normativa nº 63, de 22 de dezembro de 2003, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso:

“Art. 3º
.....

III – as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.”

Art. 29 Os artigos 67, 68 e 81 da Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Negativa de Migração ou Adaptação dos Contratos

Art. 67 Deixar de proceder à migração ou à adaptação dos contratos à Lei nº 9656, de 1998, quando solicitado pelo consumidor, nas hipóteses em que esta seja obrigatória pela legislação em vigor: Sanção – multa de R\$ 50.000,00.” (NR)

“Adaptação ou migração dos contratos em Desacordo com a Legislação

Art. 68 Deixar de cumprir as regras estabelecidas pela legislação que disciplina a adaptação ou a migração de contratos, não enquadradas nos artigos anteriores: Sanção – multa de R\$ 40.000,00.” (NR)

“Doenças e Lesões Preexistentes

Art. 81. Deixar de cumprir as normas regulamentares da ANS referentes à doença e lesão preexistente do consumidor: Sanção – multa de R\$ 40.000,00.” (NR)

Art. 30 A Resolução Normativa nº 124, de 2006, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:

“Art. 67-A Impedir, dificultar ou restringir o exercício do direito à adaptação ou à migração de contrato: Sanção – multa de R\$ 50.000,00.

Art. 67-B Condicionar o exercício individual do direito à migração à adesão de todo o grupo familiar, em planos de contratação individual ou familiar e coletivo por adesão: Sanção – multa de R\$ 50.000,00.

Art. 67-C Deixar de observar, ao elaborar a proposta de adaptação ou de migração, as formalidades devidas (ou obrigatórias) previstas na legislação em vigor: Sanção – multa de R\$ 40.000,00.

Art. 67-D Alterar indevidamente as cláusulas estabelecidas no contrato de origem, quando da adaptação: Sanção – multa de R\$ 40.000,00.

Art. 67-E Exigir ou tentar impor, na proposta de migração ou de adaptação, período de carência, em desacordo com a regulamentação de Adaptação e Migração. Sanção – multa de R\$ 40.000,00

Art. 67-F Deixar de promover, quando exigida pela ANS, a alteração da metodologia de cálculo utilizada para a definição do ajuste da adaptação. Sanção – multa de R\$ 50.000,00.

Art. 67-G Promover, em desacordo com os critérios da ANS, a alteração da metodologia de cálculo utilizada para definição do ajuste da adaptação. Sanção – multa de R\$ 50.000,00.

Art. 67-H Condicionar o exercício do direito à migração ou à adaptação ao pagamento de quaisquer valores adicionais: Sanção – multa de R\$ 50.000,00

Art. 67-I Deixar de formalizar, nos prazos determinados, as alterações contratuais necessárias à perfeita adequação à regulamentação vigente no setor de saúde suplementar dos contratos de planos privados de assistência à saúde celebrados anteriormente à vigência da Lei nº 9656, de 1998, por prazo determinado, que tenham sido aditados após 1º de janeiro de 1999 para prorrogação de seu prazo de duração ou sua renovação, ou que, mesmo não tendo sido formalmente aditados, sua execução tenha sido tacitamente prolongada após o termo final de vigência:
Sanção – multa de R\$ 50.000,00”

Art. 31 A Diretoria Colegiada resolverá os casos omissos nesta resolução.

Art. 32 Esta Resolução entra em vigor 90 (noventa) dias após a sua publicação.

Parágrafo único. O artigo 27 desta Resolução entra em vigor a partir do dia 4 de agosto de 2012. (Acrescentado pela RN nº 263, de 01/08/2011)

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2011).

ANEXO D - RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 309, DE 24 DE OUTUBRO DE 2012

Dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste.

[correlações] [alteração]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o artigo 3º; os incisos II, XVII e XXI e XXVIII e XXXII do artigo 4º; e o inciso II do artigo 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; os incisos II, XVII, XIX, XXII, XXIX e XXXIII do artigo 3º do Decreto 3.327, de 5 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 24 de outubro de 2012, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre o agrupamento de contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais e por adesão, firmados após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para fins de cálculo e aplicação de reajuste.

Parágrafo único. Esta Resolução não se aplica:

I - aos planos privados de assistência à saúde exclusivamente odontológicos;

II - aos contratos de plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, de que trata o artigo 17 da RN n.º 279, de 24 de novembro de 2011, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998; e

III - aos planos privados de assistência à saúde com formação de preço pós-estabelecido.

Art. 2º Para os fins desta Resolução, considera-se:

I - agrupamento de contratos: medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles;

II - contrato agregado ao agrupamento: contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários, menos de 30 beneficiários ou a quantidade estabelecida pela operadora, conforme caput e § 1º do artigo 3º, observada a regra prevista no parágrafo único deste artigo;

III - período de apuração da quantidade de beneficiários: período definido pela operadora de planos privados de assistência à saúde em que são identificados os contratos que serão agregados ao agrupamento de acordo com a quantidade de beneficiários, que deve ser apurada previamente em data certa, conforme artigo 6º desta Resolução;

IV - período de cálculo do reajuste: período definido pela operadora de planos privados de assistência à saúde em que o reajuste do agrupamento de contratos é calculado, devendo ser posterior ao fim do período de apuração da quantidade de beneficiários e anterior à data da divulgação do percentual de reajuste contida no artigo 8º desta Resolução; e

V - período de aplicação do reajuste: período compreendido entre maio e abril em que é aplicado o reajuste calculado aos contratos agregados ao agrupamento.

Parágrafo único. O contrato pode perder a condição de agregado ao agrupamento caso, posteriormente, deixe de possuir o número elegível para o agrupamento, conforme artigo 6º desta Resolução.

CAPÍTULO II DAS REGRAS SOBRE O REAJUSTE DO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS

Seção I

Do Agrupamento de Contratos Coletivos para o Cálculo do Percentual de Reajuste

Art. 3º É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.

§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos com 30 (trinta) ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.

§ 2º Qualquer que seja a quantidade de beneficiários estabelecida pela operadora de planos privados de assistência à saúde para formar o agrupamento de contratos, deverão ser observadas as regras estabelecidas nesta Resolução, e sua alteração somente poderá ocorrer mediante aditamento dos contratos coletivos.

Art. 4º Ressalvada a hipótese prevista no artigo 5º, a operadora, após a apuração da quantidade de beneficiários prevista artigo 6º, calculará um único percentual de reajuste, que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos, independentemente do plano contratado.

Art. 5º O agrupamento de contratos coletivos de que trata o artigo 3º poderá ser desmembrado em até 3 (três) sub-agrupamentos, separados pelo tipo de cobertura, que é definido de acordo com a segmentação assistencial do plano ao qual o contrato está vinculado, da seguinte forma:

I - sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial "ambulatorial" e "ambulatorial + odontológico";

II - internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial "hospitalar sem obstetrícia", "hospitalar sem obstetrícia + odontológico", "ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia" e "ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico"; e

III - internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial "hospitalar com obstetrícia", "hospitalar com obstetrícia + odontológico", "ambulatorial + hospitalar com obstetrícia", "ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico", e "referência".

§ 1º Caso a operadora de planos privados de assistência à saúde opte pelo desmembramento, poderá ocorrer a aplicação de até 3 (três) percentuais de reajuste diferentes dentro do mesmo contrato coletivo, de acordo com o número de sub-agrupamentos.

§ 2º A quantidade de percentuais de reajuste diferentes aplicados com base no § 1º deverá guardar relação com a quantidade de sub-agrupamentos, que deverá estar expressamente estabelecida no contrato coletivo, e sua alteração somente poderá ocorrer mediante aditamento dos contratos.

Seção II

Da Apuração da Quantidade de Beneficiários

Art. 6º Para os efeitos desta Resolução, a quantidade de beneficiários em um contrato deverá ser apurada anualmente no mês de seu aniversário, ressalvada a hipótese prevista no § 1º deste artigo.

§ 1º Para os contratos firmados após a vigência desta norma, a primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a da assinatura do contrato e as datas seguintes a serem consideradas incorrerão na regra prevista no caput, que corresponde ao mês de aniversário do contrato.

§ 2º Será considerado um contrato agregado ao agrupamento aquele que possuir quantidade de beneficiários igual ou inferior à quantidade estabelecida para a formação do agrupamento na data prevista no caput, ainda que ocorra posterior variação da quantidade de beneficiários.

§ 3º Caso a quantidade de beneficiários do contrato agregado seja superior à quantidade estabelecida para a formação do agrupamento na data prevista no caput, esse contrato ficará desagregado do agrupamento.

§ 4º A apuração da quantidade de beneficiários do contrato deverá levar em conta todos os planos a ele vinculados.

§ 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de estipulante, para a apuração da quantidade de beneficiários, a operadora deverá levar em conta todos os beneficiários vinculados ao contrato com a administradora.

§ 6º Em se tratando de administradora de benefícios na condição de prestadora de serviços para a pessoa jurídica contratante, para a apuração da quantidade de beneficiários, a operadora deverá levar em conta os beneficiários vinculados a cada contrato firmado.

Seção III

Da Aplicação do Percentual de Reajuste

Art. 7º O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

§ 1º O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único, sendo vedado qualquer tipo de variação.

§ 2º O percentual de reajuste somente será aplicado aos contratos agregados ao agrupamento considerando a data do seu último aniversário ou, na hipótese de inexistência dessa data, se foram agregados ao agrupamento no momento de sua assinatura.

§ 3º Aos contratos não agregados ao agrupamento, deve-se aplicar o reajuste de acordo com a cláusula de reajuste vigente, nos termos do contrato.

Seção IV

Dos Aspectos Operacionais

Art. 8º A operadora deverá divulgar até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manter em seu endereço eletrônico na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, bem como identificar os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

§ 1º Quando a operadora de planos privados de assistência à saúde optar pelos sub-agrupamentos de que trata o artigo 5º, os percentuais de reajuste deverão ser divulgados, por tipo de cobertura, no dia e forma definidos no caput. § 2º A operadora deverá observar a obrigação de informar o percentual aplicado por meio do boleto e da fatura de cobrança, conforme estabelece o artigo 16 da RN n.º 171, de 29 de abril de 2008.

Art. 9º Para a aplicação do percentual de reajuste calculado, não será necessária a autorização prévia da ANS, porém, poderão ser solicitados, a qualquer tempo, a metodologia e os dados utilizados pela operadora no cálculo do reajuste do agrupamento para a verificação do percentual aplicado.

§ 1º Na hipótese do caput, a operadora de planos privados de assistência à saúde terá o prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, contados do recebimento do ofício da ANS, para atender a referida solicitação.

§ 2º A operadora deverá observar os normativos que disciplinam os comunicados de reajustes de planos coletivos, enviados à ANS por meio do sistema RPC.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 10. O primeiro reajuste de que trata esta Resolução será aplicado a partir do mês de maio de 2013 até abril de 2014, na data de aniversário de cada contrato agregado ao agrupamento.

Art. 11. Excepcionalmente para o primeiro reajuste, será apurada a quantidade de beneficiários do mês de janeiro de 2013 em cada contrato, para os efeitos desta Resolução.

Art. 12. Os contratos coletivos que possuem menos de 30 (trinta) beneficiários, ou a quantidade de beneficiários estabelecida pela operadora de planos privados de assistência à saúde, na forma do caput e § 1º do artigo 3º, deverão ser aditados para a adequação de suas cláusulas de reajuste à metodologia de reajuste delineada na presente Resolução, que deverá estar disposta de forma clara e inequívoca, inclusive quanto à fórmula ou outro meio adotado para se calcular o percentual de reajuste a ser aplicado para o agrupamento.

§ 1º O aditamento de que trata o caput dar-se-á sem supressão das cláusulas de reajuste já existentes, que serão aplicadas caso o contrato deixe de possuir a condição de agregado ao agrupamento.

§ 2º A operadora de planos privados de assistência à saúde deverá formalizar até 30 de abril de 2013 todas as alterações contratuais necessárias, de forma a possibilitar a aplicação do percentual de reajuste no aniversário do contrato, a partir de maio de 2013, conforme disposto nos artigos 10 e 11.

§ 3º Caso o contrato não seja aditado, por opção da pessoa jurídica contratante, haverá a consequência descrita no § 5º deste artigo e a aplicação do reajuste será de acordo com a cláusula de reajuste vigente, nos termos do contrato.

§ 4º Na hipótese de contrato estipulado por administradora de benefícios, caberá a esta a rejeição do aditamento e todos os efeitos descritos no § 3º também serão aplicados.

§ 5º Não poderão receber novos beneficiários os contratos que não tenham sido aditados para contemplar as alterações necessárias para o cumprimento das disposições desta Resolução.

§ 6º Ressalvam-se do disposto no § 5º os casos de ingresso de novo cônjuge e filhos do titular.

§ 7º Cabe à operadora de planos privados de assistência à saúde o ônus da prova de que ofereceu o aditamento aos contratantes referidos nos §§ 3º e 4º deste artigo.

Art. 13. Os contratos coletivos firmados a partir de 1º de janeiro de 2013 deverão conter cláusula de metodologia de reajuste que observa a presente Resolução.

~~Art. 14. As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão atualizar o cadastro dos temas de instrumento jurídico dos planos registrados até o dia 31 de maio de 2013.~~

~~Art. 14. As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão atualizar o cadastro dos temas de instrumento jurídico dos planos registrados até o dia 30 de novembro de 2013. (Alterado pela RN nº 330, de 05 de junho de 2013)~~

~~Art. 14. As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão atualizar o cadastro dos temas de instrumento jurídico dos planos registrados até o dia 30 de maio de 2014. (Alterado pela RN nº 340, de 26 de novembro de 2013) (Revogado pela RN nº 356, de 03/10/2014)~~

Art. 15. O artigo 40 da RN nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Publicação ou Divulgação de Informações

Art. 40. Deixar de publicar ou divulgar, nos meios definidos nos normativos específicos, as informações exigidas pela ANS: Sanção - multa de R\$ 30.000,00." (NR)

Art. 16. A RN nº 124, de 2006, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:

"Agrupamento de Contratos.

Art. 61-D Deixar a operadora de promover o agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários, ou com o quantitativo de beneficiários estipulado pela própria operadora, ou promovê-lo em desacordo com a regulamentação específica para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento: Sanção - multa de R\$ 45.000,00" "Cláusula de Agrupamento".

Art. 66-A Deixar a operadora de aditar o contrato quando obrigada a fazê-lo, nos termos do normativo específico, para fins de aplicação do reajuste calculado a partir do agrupamento de contratos: Sanção - multa de R\$ 30.000,00"

Art. 17. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2012).