

# **RELATÓRIO DE ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO - RAIR**

**TEMA:** Reajustes e rescisão contratual em planos coletivos

**DIRETORIA:** Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO

**GERÊNCIA-GERAL:** Gerência-Geral Regulatória da Estrutura de Produtos – GGREP

**GERÊNCIA:** Gerência Econômico-Financeira e Atuarial dos Produtos – GEFAP

## **EQUIPE TÉCNICA:**

Bruno Santoro Morestrello

Cláudia Tanaka

Daniele Rodrigues Campos (gerente)

Glauco Carreira

João Boaventura Branco de Matos

Heitor Franco Werneck

Luciana Santos Figueira

Marcelo Gurgel da Silva

Maurício Sant'Ana

Pablo Eneas de Oliveira Rodrigues

Rodolfo Nogueira da Cunha

Thais Guimaraes Vieira

**RESPONSÁVEL:** Fabrícia Goltara Vasconcellos Faedrich

# Índice

<b>1 – SUMÁRIO EXECUTIVO .....</b>	<b>3</b>
<b>2 – DO PROBLEMA REGULATÓRIO .....</b>	<b>6</b>
2.1 - REAJUSTE COLETIVO .....	6
2.2 - AGRUPAMENTO DE CONTRATOS .....	13
2.3 - RESCISÃO CONTRATUAL .....	22
<b>3 – DOS AGENTES ECONÔMICOS .....</b>	<b>23</b>
<b>4 – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL .....</b>	<b>24</b>
<b>5 – DOS OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS .....</b>	<b>24</b>
<b>6 – DAS ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO .....</b>	<b>25</b>
PROBLEMA 2.1 - REAJUSTE COLETIVO .....	25
PROBLEMA 2.2 - AGRUPAMENTO DE CONTRATOS .....	26
PROBLEMA 2.3 - RESCISÃO CONTRATUAL .....	26
<b>7 – POSSÍVEIS IMPACTOS .....</b>	<b>27</b>
<b>8 – CONTRIBUIÇÕES DA SOCIEDADE .....</b>	<b>27</b>
8.1 AGRUPAMENTO DE CONTRATOS .....	28
8.2 CLÁUSULAS DE REAJUSTE .....	31
<b>9 – EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL .....</b>	<b>32</b>
9.1 – ESTADOS UNIDOS .....	32
9.2 - AUSTRÁLIA .....	34
<b>10 – PROJETOS LEGISLATIVOS .....</b>	<b>37</b>
<b>11 – RISCOS .....</b>	<b>37</b>
<b>12 – DA COMPARAÇÃO ENTRE ALTERNATIVAS .....</b>	<b>38</b>
<b>13 – DA IMPLEMENTAÇÃO E POSTERIOR MONITORAMENTO .....</b>	<b>41</b>
<b>14 - CONCLUSÃO E PRAZOS MÁXIMOS .....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>43</b>

## 1 – Sumário Executivo

### Problemas Regulatórios

- Cláusulas de reajuste com soma de fatores, não transparentes, ambíguas, com parâmetros genéricos ou sem relação com os contratos como “fator de confiança” e “margem de segurança” que configuram assimetria de informação entre as partes e consequente desequilíbrio na negociação ou no acompanhamento das causas do índice de reajuste apresentado;
- O reajuste único para contratos com menos de 30 vidas perdeu eficiência a partir de 2016, especialmente quanto aos contratos coletivos por adesão que não guardam relação com o tamanho dos contratos;
- Denúncias e notícias recorrentes sobre rescisão unilateral de contratos coletivos indicam um desequilíbrio na relação entre contratantes e operadoras, especialmente em contratos menores.

Esses problemas afetam negativamente os beneficiários de planos de saúde, pois cláusulas contratuais que postulam metodologias de reajuste complexas, indecifráveis ao contratante e ao beneficiário impedem a devida verificação do cálculo. Além disso, cláusulas que descrevem metodologias ambíguas deixam espaço para interpretações seletivamente vantajosas à operadora.

Por outro lado, a rescisão imotivada permite que as operadoras façam gestão de contratos descartando os menos atraentes ou com maiores sinistralidades, quebrando o princípio do mutualismo e praticando seleção de risco.

Tal fato também traz consequências negativas para o mercado de saúde suplementar, provocando judicialização em torno de reajustes expressivos e rescisões imotivadas, ancoradas em cláusulas evasivas e com fórmulas de difícil conferência.

Assim, entende-se que a regulação não é efetiva para a preservação do equilíbrio da relação entre os agentes, deixando os contratantes expostos a práticas que diminuem o poder de barganha e resultam em reajustes seletivamente vantajosos à operadora.

### Objetivos

#### a - Reajuste Coletivo

Reduzir a assimetria de informação e permitir que os contratantes consigam entender, acompanhar e reproduzir o índice de reajuste apresentado pela contratada possibilitando uma negociação equilibrada entre as partes.

### Possíveis Alternativas Regulatórias

1. Não fazer nada
2. Definir metodologia padrão baseada em: índice de preços (+) sinistralidade de referência;
3. Definir parâmetros para cláusulas de reajuste: valor mínimo de sinistralidade (75%) e tipos de índices.
4. Definir metodologia padrão baseada em fórmula para mensuração da variação de custos.

## **b – Agrupamento de Contratos**

1. Não fazer nada;
2. Incluir toda a carteira coletiva por adesão na regra de agrupamento;
3. Incluir contratos coletivos empresariais com menos de 1000 vidas e toda a carteira coletiva por adesão na regra de agrupamento;

## **c – Rescisão Contratual**

1. Não fazer nada;
2. Igualar a regra de rescisão de contratos coletivos à regra de rescisão de "contratos MEI";

### **3. Alternativa Regulatória Sugerida**

- A alternativa sugerida é a alternativa 3-3-2. Apresentar parâmetros mínimos obrigatórios para definição das cláusulas e metodologia de reajuste, incluir os contratos coletivos empresariais com menos de 1000 vidas e toda a carteira de adesão e igualar as regras de rescisão dos planos coletivos às regras do MEI. Aprimorar a redação atual da norma visando uniformizar a aplicação de índices de reajuste baseados em meta de sinistralidade de forma complementar. Definição de “índice eleito” no Art. 27 da RN 565/22, inflacionário, único e de fonte imparcial.
- Definição de Índice de Sinistralidade Meta mínimo de 75% para aplicação de reajuste por sinistralidade do contrato ou da carteira;
- Tornar explícita a vedação à acumulação de índices como característica de cláusula abusiva;
- Tornar obrigatória a apresentação da metodologia de cálculo em todos os documentos obrigatórios e na área restrita do contratante e beneficiários nas páginas da internet;
- Tornar explícita a vedação a parâmetros sem metodologia consolidada;
- Alterar a RN nº 557 com as novas regras para agrupamento e rescisão;
- Apresentar informações financeiras periódicas (mensais/semestrais) aos contratantes.

Sobre o objetivo de “apresentar informações financeiras periódicas aos contratantes”, destaca-se a discussão objeto da Consulta Pública nº 141<sup>1</sup> que recebeu contribuições sobre a Resolução Normativa-RN nº 509/22.

A RN 509/22 trata da transparência das informações no âmbito da saúde suplementar e estabelece a obrigatoriedade da disponibilização de informações referentes a reajustes de contratos coletivos. O tema é coordenado pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS – DIDES/ANS e contou com a colaboração técnica da Gerência Econômica e Atuarial dos Produtos – GEFAP/GGREG/DIPRO apresentação de propostas (Tabela 1).

---

<sup>1</sup> <https://licitacoes.apps.sa-1a.mendixcloud.com/link/ConsultaPublica/141>

Tabela 1. Resumo das alterações propostas para o extrato com dados dos reajustes - RN 509/22

TEXTO ATUAL DA RN 509/22	ALTERAÇÕES PROPOSTAS
Art. 14. A operadora deverá disponibilizar à pessoa jurídica contratante de plano coletivo empresarial ou por adesão, com formação de preço pré-estabelecido, assim definidos na Resolução Normativa nº 85, de 7 de dezembro de 2004, um extrato pormenorizado contendo os itens considerados para o cálculo do reajuste conforme cláusula contratual ou estabelecido em negociação.	Art. 14 A operadora deverá disponibilizar à pessoa jurídica contratante de plano coletivo empresarial ou por adesão, com formação de preço pré-estabelecido, assim definidos na Resolução Normativa ANS nº 543, de 02 de setembro de 2022, um extrato pormenorizado contendo os itens considerados para o cálculo do reajuste conforme cláusula contratual ou estabelecido em negociação.
§1º O extrato pormenorizado de que trata o caput deverá ser disponibilizado com o mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência da data prevista para a aplicação do reajuste.	§1º-A O extrato pormenorizado de que trata o caput deverá ser disponibilizado ao menos, duas vezes ao ano, seis meses após o início/renovação do contrato e em pelo menos 30 (trinta) dias de antecedência da data prevista para a aplicação do reajuste, de forma a permitir o acompanhamento por parte dos contratantes de planos de saúde.
Art. 15. O extrato pormenorizado de que trata o art. 14 deverá conter, ao menos: I – o critério técnico adotado para o reajuste e a definição dos parâmetros e das variáveis utilizados no cálculo; II – a demonstração da memória de cálculo realizada para a definição do percentual de reajuste e o período de observação; e III – o canal de atendimento da operadora para esclarecimento de dúvidas quanto ao extrato apresentado. Parágrafo único. Na hipótese de o contrato estipulado prever um índice específico para o reajuste, a operadora deverá informar o valor referente ao período a que corresponde o reajuste.	Art. 15-A. O extrato pormenorizado de que trata o art. 14 deverá conter, ao menos, e na forma descrita nos Anexos II e III: 1- o critério técnico adotado para o reajuste e a definição dos parâmetros e das variáveis utilizados no cálculo 2- a transcrição da cláusula de reajuste conforme disposto no contrato firmado entre a operadora e a pessoa jurídica contratante; 3- os dados que permitam a reprodução, na sua integralidade, do reajuste calculado, de modo que todo e qualquer fator considerado na metodologia deverá ser passível de verificação pelo contratante; 4 -a demonstração da memória de cálculo realizada para a definição do percentual de reajuste, bem como o período de apuração dos dados; e 5- o canal de atendimento da operadora para esclarecimento de dúvidas quanto ao extrato apresentado.

Fonte: Elaboração própria, a partir da RN 509/22 e Consulta Pública ANS nº 141

O objetivo das propostas para o extrato pormenorizado é possibilitar um maior escrutínio das informações que baseiam os reajustes pelos contratantes, reduzindo a assimetrias negociais com Operadoras e Administradoras de Benefícios.

### Possíveis Impactos da Alternativa Sugerida

- Redução da média dos reajustes anuais aplicados aos contratos coletivos;
- Ajuste do preço de entrada para novos contratos;
- Fortalecimento do arcabouço regulatório;
- Maior transparência na aplicação dos reajustes em planos coletivos;
- Aumento do mutualismo.

## 2 – Do problema regulatório

### 2.1 - Reajuste Coletivo

O reajuste anual por variação de custos é o mecanismo de revisão do prêmio (preço) do plano visando manter seu equilíbrio financeiro e buscar a continuidade sustentável do vínculo contratual. O percentual de reajuste é apurado e aplicado anualmente no mês de renovação do contrato sobre o valor do contrato e incide igualmente sobre a mensalidade de todos os beneficiários a ele vinculados, independente de faixa etária ou qualquer outro atributo do beneficiário.

Cláusulas contratuais de cálculo do reajuste que postulam metodologias complexas, indecifráveis ao contratante e ao beneficiário, impedem a devida verificação do cálculo. Metodologias de cálculo ambíguas abrem espaço a interpretações seletivamente vantajosas à operadora.

Não à toa, muitos processos judiciais tramitam em torno de reajustes expressivos, ancorados em cláusulas de reajustes evasivas e com fórmulas de difícil conferência. Segundo estudo submetido à ANS pelo Idec (carta Idec nº 59/2023/Coex), em que o instituto analisou 113 decisões de 11 tribunais relativas às cláusulas de reajuste, entre 2014 e 2017, a média de reajuste questionado foi de 89% e em 75% dos casos o Judiciário afastou o reajuste, dando ganho de causa ao contratante.

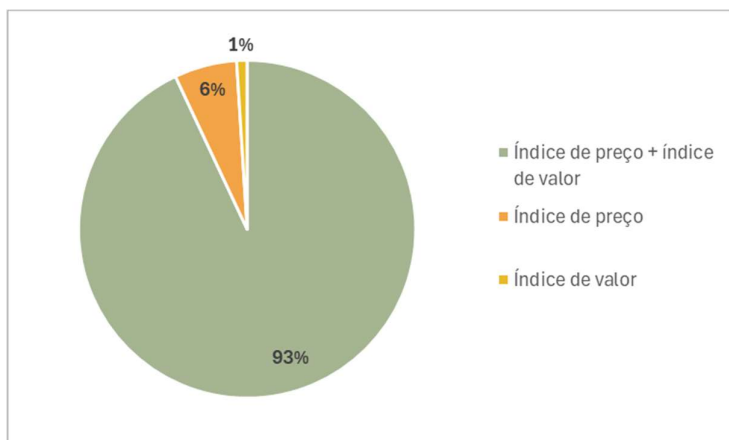
A preservação do equilíbrio da relação entre contratantes, beneficiários e operadoras inclui medidas regulatórias que busquem mitigar a assimetria de informação entre as partes. A assimetria de informação em torno da cláusula de reajuste torna-se mais severa nas contratações que envolvem contratantes com baixo poder de barganha junto à operadora.

Conforme entendimento já expresso por esta Agência, os parâmetros para aplicação de reajuste em contratos coletivos são estipulados nas cláusulas contratuais, decorrentes da livre negociação entre operadoras e pessoas jurídicas contratantes.

No entanto, o artigo 16, inciso XI, da Lei nº 9.656/98 estabelece que devem constar dos contratos dispositivos que indiquem com clareza os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias. Além disso, o artigo 6º, incisos III, IV e V, do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90) estabelece que são direitos básicos do consumidor a informação adequada e clara sobre os produtos e serviços, a proteção contra cláusulas impostas e a revisão de cláusulas contratuais em razão de fatos supervenientes que as tornem excessivamente onerosas.

No quarto trimestre de 2021, esta Gerência Econômico-Financeira e Atuarial dos Produtos – GEFAP iniciou visitas técnicas de monitoramento junto a uma amostra de onze operadoras de planos de saúde (processo SEI nº 33910.015028/2021-71). As visitas técnicas tiveram por objetivo promover uma análise aprofundada das práticas de precificação e reajuste adotadas pelas operadoras, de forma a subsidiar avaliações do resultado regulatório do regramento em vigor. Além das visitas técnicas, a pesquisa sobre agrupamento de contratos de 2019 reuniu as cláusulas de reajuste adotadas por 478 operadoras para cálculo do percentual do agrupamento (Figura 1).

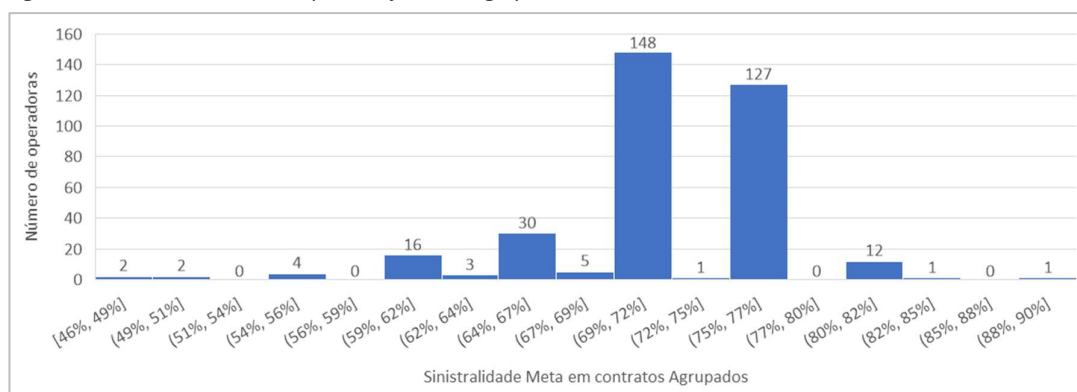
Figura 1. Cláusulas de reajuste de agrupamento, 2019



Fonte: ANS/Pesquisa de agrupamento de contratos 2019

Na pesquisa verificou-se que 406 operadoras, das 412 que responderam à pergunta sobre cláusulas de reajuste, utilizam a sinistralidade como ferramenta para o cálculo do índice de reajuste para planos coletivos. Dessas, 146 utilizavam 70% como sinistralidade meta, 142 utilizavam mais de 70% e 53 utilizavam menos de 70%. Além dessas, 55 responderam que utilizavam índice de sinistralidade no cálculo, mas não informaram a sinistralidade meta.

Figura 2. Meta de Sinistralidade para reajuste de agrupamento de contratos



Fonte: ANS/ Pesquisa de agrupamento de contratos 2019

Esses levantamentos revelam problemas relativos ao livre estabelecimento de cláusulas de reajuste em contratos coletivos. São eles:

1. Acumulação de índices;
2. Dispositivos que permitem aplicação parcial da metodologia de cálculo quando a aplicação completa implicar em desvantagem para a operadora;
3. Ausência de referência para meta de sinistralidade; e
4. Ambiguidade quanto à apuração dos parâmetros utilizados no cálculo do reajuste.

## Sobre a acumulação de índices e aplicação parcial de metodologias de reajuste

O problema da acumulação de índices consiste no estabelecimento de cláusulas de reajuste que preveem a aplicação simultânea de dois ou mais índices de reajustamento de preços. A RN nº 565/2022 (que substitui a IN DIPRO nº 23/2009) estabelece que:

*RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 565, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2022*

*Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:*

*I – deverá ser informado que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice eleito pela operadora que será apurado no período de doze meses consecutivos, e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato;*

*II – na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à data-base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato;*

*III – nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no inciso I deste artigo.*

Dessa forma, a norma limita o reajuste à aplicação de um único índice eleito, mas permite a hipótese de aplicação de reajuste por sinistralidade de forma complementar, afastando a possibilidade de acumulação. O reajuste complementar por sinistralidade deve ser aquele suficiente para o atingimento de meta de sinistralidade estabelecida em contrato após a aplicação do índice eleito.

Apesar da determinação normativa, foram encontrados repetidos casos de índices acumulados em contratos coletivos. Citam-se a seguir casos concretos de cláusulas contratuais de reajuste com acumulação de índices obtidas nas Visitas Técnicas de monitoramento:

### **Exemplo 1:**

13.7 – Na hipótese de a população incluída no plano possuir de 30 (trinta) a 99 (noventa e nove) BENEFICIÁRIOS, o reajuste anual será composto cumulativamente pelo Índice Financeiro descrito no item 13.8; caso os custos médicos ultrapassem 65% (sessenta e cinco por cento) da receita e se torne necessário reequilibrar a relação contratual, será incorporado ao contrato, cumulativamente, também o Índice Técnico, descrito no item 13.9.

### **Exemplo 2:**

$IRC = [(1+IGPM).(1+IVCA).(1+IRS)-1].100$  Onde:  
IRC - Índice de Reajuste Coletivo  
IGPM – Índice Geral de Preços do Mercado - FGV  
IVCA - Índice de Variação dos Custos Assistenciais  
IRS - Índice de Reequilíbrio da Sinistralidade

Nos dois exemplos há previsão de aplicação cumulativa de dois ou mais índices de reajustamento de preços, prática excessivamente onerosa para o contratante do plano de saúde.

Entre os contratos com meta de sinistralidade, foram encontrados diversos casos em que a cláusula de reajuste explicita que a operadora pode optar por não aplicar o reajuste complementar de sinistralidade quando a aplicação do índice eleito já superar a meta de sinistralidade. Como resultado, o dispositivo



contratual da operadora efetivamente permite a aplicação parcial da metodologia de cálculo do reajuste quando a aplicação da metodologia completa implicar na redução do percentual.

O reajuste anual por variação de custos é o mecanismo de revisão do prêmio (preço) do plano visando manter seu equilíbrio financeiro e buscar a sustentabilidade futura do vínculo contratual. Cláusulas de reajuste que permitem aplicação parcial de uma metodologia de cálculo para maximizar o valor da mensalidade são excessivamente onerosas (e abusivas) ao contratante.

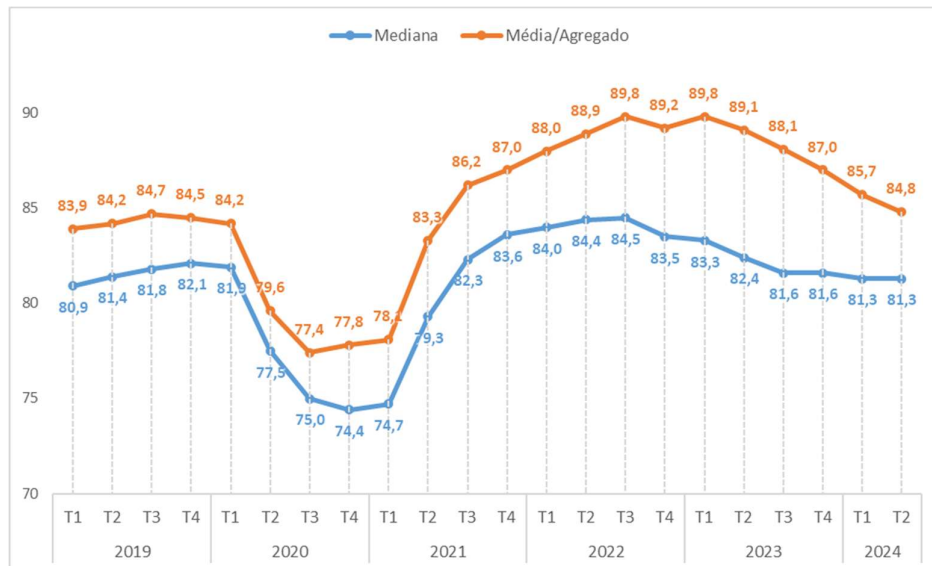
### Sobre a sinistralidade meta

Outra questão relacionada a cláusulas de reajuste é a falta de referência para o estabelecimento de meta de sinistralidade nos contratos coletivos.

A sinistralidade representa a porcentagem das receitas com contraprestações (mensalidades) que é consumida pelas despesas assistenciais. Assim sendo, a sinistralidade é um dos indicadores mais relevantes para sintetizar a performance operacional de uma operadora de planos de saúde. A redução da sinistralidade melhora o resultado da operadora enquanto o aumento da sinistralidade representa uma deterioração da sua performance e um risco à sua sustentabilidade futura.

A sinistralidade do setor é apresentada na Figura 3 pela média agregada e pela mediana deste indicador. Nota-se que até o primeiro trimestre de 2020, antes do início da pandemia de Covid-19, o comportamento da sinistralidade acumulada em 12 meses foi relativamente estável tanto na média quanto na mediana. Com as medidas de distanciamento social para enfrentamento da pandemia e a consequente redução de procedimentos eletivos, verificou-se queda expressiva de sinistralidade, atingindo os mínimos de 77,4% (média) e 74,4% (mediana). A partir do segundo trimestre de 2021 houve aumento ininterrupto da sinistralidade média até o terceiro trimestre de 2022, atingindo patamares superiores aos observados no período pré-pandemia. Em seguida, queda, mas ainda em patamares superiores ao período pré-pandêmico.

Figura 3. Média e mediana da sinistralidade acumulada em 12 meses, operadoras médico-hospitalares (%)



Fonte: ANS/Panorama da Saúde Suplementar, 6ª edição.

Notas:

Média agregada é o total das despesas assistenciais como percentual do total das receitas das operadoras

Mediana é o valor que separa metade das operadoras com maior sinistralidade da metade com menor sinistralidade.

A norma prevê que as cláusulas de reajuste que incluem meta de sinistralidade no cálculo do reajuste de um contrato específico o façam pela aplicação de percentual complementar quando a sinistralidade deste contrato no período de apuração do reajuste (em geral os 12 meses anteriores à sua aplicação) estiver acima de uma meta estipulada de sinistralidade.

Contudo, na ausência de um piso de referência, a operadora pode definir metas de sinistralidade inalcançáveis, distorcendo o patamar de preços considerado necessário para manutenção da margem de lucro projetada pela operadora originalmente na precificação do contrato. No exemplo 1 citado anteriormente, o patamar de sinistralidade era de 65%, cerca de 10 p.p. inferior ao menor valor da série histórica, no ano de 2020, em que houve redução da procura por serviços médico-hospitalares por causa das medidas de isolamento social para combater a pandemia. Foram encontrados exemplos de metas de sinistralidade entre 55% e 70% nas cláusulas examinadas. Nas cláusulas de reajuste de agrupamento levantadas em 2019, foram encontradas metas entre 46% e 88%. Além disso, foi observado que as operadoras adotam metas diferentes por contrato.

É pouco provável que os contratantes sejam capazes de negociar parâmetros técnicos, especialmente em contratos com baixo poder de barganha ou em contratos onde não há uma negociação direta entre operadora e contratante na renovação do contrato.

Metas de sinistralidade muito baixas reduzem a importância de uma precificação inicial robusta e reduzem os incentivos para o gerenciamento dos custos assistenciais por parte das operadoras. Estes fatores tendem a provocar reajustes ainda mais elevados. Entende-se que o estabelecimento de um piso mínimo como referência para a meta de sinistralidade ajudará a preservar o equilíbrio de forças na negociação dos reajustes.

A proposta é estabelecer um parâmetro mínimo, a partir de referências de sinistralidade e variação de despesas assistenciais observadas no setor nos últimos anos.

A sinistralidade de referência é de **84%**, obtida a partir dos valores observados no segmento médico-hospitalar entre o 1º trimestre de 2018 e o 1º trimestre de 2020 (período de maior estabilidade do indicador e antes da pandemia).

A variação de despesas assistenciais de referência é de 12%, obtida a partir da variação das despesas assistenciais médias por beneficiário das Operadoras Médico-Hospitalares entre 2010 e 2019 e excluindo-se os anos impactados pela pandemia (

Tabela 2).

Tabela 2. Variação das Despesas Assistenciais Média das Operadoras Médico-Hospitalares, 2010-2023

Ano	Despesa assistencial	Variação das Despesas	Média de Beneficiários	Variação de Beneficiários	Variação da despesa média por beneficiário
2010	R\$ 58.943.282.910	não se aplica	44.070.661	não se aplica	não se aplica
2011	R\$ 67.859.985.346	15,13%	45.744.729	3,80%	10,91%
2012	R\$ 78.958.463.963	16,35%	47.149.964	3,07%	12,89%
2013	R\$ 89.761.904.484	13,68%	48.739.130	3,37%	9,98%
2014	R\$ 105.242.749.253	17,25%	50.142.949	2,88%	13,96%
2015	R\$ 118.735.297.291	12,82%	49.843.512	-0,60%	13,50%
2016	R\$ 135.645.127.198	14,24%	48.123.356	-3,45%	18,33%
2017	R\$ 149.053.549.780	9,88%	47.254.384	-1,81%	11,91%
2018	R\$ 159.786.520.721	7,20%	47.096.528	-0,33%	7,56%
2019	R\$ 172.782.879.477	8,13%	47.005.463	-0,19%	8,34%
2020	R\$ 165.804.381.668	-4,04%	47.043.041	0,08%	-4,12%
2021	R\$ 206.110.638.883	24,31%	48.284.118	2,64%	21,11%
2022	R\$ 206.478.984.331	0,18%	49.607.622	2,74%	-2,49%
2023	R\$ 239.035.006.464	15,77%	50.462.415	1,72%	13,81%
<b>VARIAÇÃO EQUIVALENTE ANUAL ATÉ 2019 - (exclui anos impactados pela pandemia)</b>					<b>1%</b>

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do ANS/TABNET - Relatório de Receitas e Despesas - extração em 05.12.2024

Notas: Foram adotados os filtros: Despesa assistencial segundo Ano, Grupo Modalidade: Operadoras médico-hospitalares, Período: 2010-2023

Destaca-se que 12% também é a média verificada para os reajustes aplicados nos contratos coletivos entre 2014 e 2023 (*Painel de Reajustes de Contratos Coletivos, Beneficiários e Reajuste Médio por Ano. Acesso em 05.12.2024*).

Considerados os valores de referência de sinistralidade e variação das despesas assistenciais, a sinistralidade mínima dos contratos seria:

#### Fórmula

[Sinistralidade referência MH] / [1+ VDA referência MH]

84%/(1+12%) = **75%**

#### Sobre a ambiguidade nas cláusulas de reajuste

A última questão levantada sobre cláusulas de reajuste refere-se à ambiguidade para apuração dos parâmetros utilizados no cálculo, seja por incluir um número extenso de parâmetros ou por incluir estimativas sem metodologia consolidada. Os levantamentos revelaram cláusulas cuja metodologia contempla o uso de parâmetros como “alteração do perfil populacional”, “impacto de novos procedimentos”, “fator de confiança” e “margem de segurança”. Como consequência, o contratante fica impedido de replicar o cálculo do percentual de reajuste aplicado em seu contrato. Alguns exemplos a seguir:

### Exemplo 1 (Excesso de parâmetros de complexa apuração)

21.1.4 - O reajuste também poderá incluir a variação do custo médico-hospitalar, apurada de acordo com a fórmula que segue, e complementada pela relação custo/receita acordada em aditivo contratual:

$$Ir = (\text{Cons} \times P1) + (\text{Ex} \times P2) + (\text{Proc} \times P3) + (\text{HM} \times P4) + (\text{S} \times P5) + (\text{DT} \times P6) + (\text{MM} \times P7) + (\text{DG} \times P8)$$

Onde: Ir = Índice de reajuste. Cons = Variação dos preços das consultas Ex = Variação dos preços dos exames. Proc = Variação dos preços dos procedimentos. HM = Variação dos preços dos honorários médicos. S = Variação dos salários, comprovada por acordos, convenções ou dissídios coletivos entre os sindicatos de classe ou resultantes da política salarial oficial. DT = Variação dos preços das diárias e taxas hospitalares, obtida pela média aritmética do aumento no período, na rede credenciada, que consta dos Orientadores Médicos da AMIL. MM = Variação dos preços de materiais e medicamentos (de acordo com o Brasíndice). DG = Variação dos preços das despesas gerais (conforme a alteração percentual do índice autorizado pelo governo). P1 a P8 = Representam os pesos de cada um dos respectivos itens na fórmula, validados de acordo com as normas estabelecidas pelo órgão governamental competente.

### Exemplo 2 (Excesso de parâmetros de complexa apuração)

16.13.2. Reajuste Financeiro:

O reajuste será apurado segundo planilhas de custos submetidas à Auditoria Independente e ao órgão oficial (Agência Nacional de Saúde - ANS), de acordo com a fórmula a seguir:

$$\text{IRE} = (\text{HMC} \times P1) + (\text{HMO} \times P2) + (\text{SADT} \times P3) + (\text{DT} \times P4) + (\text{MMG} \times P5) + (\text{SAL} \times P6) + (\text{DGA} \times P7) + (\text{EXT})$$

### Exemplo 3 (Inclusão de parâmetro de difícil mensuração: “estimativa do impacto de novos procedimentos”)

21. REAJUSTE ANUAL

(...)

21.2 - O reajuste anual será composto pelo índice financeiro descrito na cláusula 21.3 e caso os custos médicos ultrapassem 70% da receita (índice de sinistralidade do contrato) será incorporado o índice técnico, com o objetivo de equilibrar a relação contratual, conforme descrito na cláusula 21.4

21.3 - O índice financeiro será a variação dos custos médicos e hospitalares (VCMH) de planos coletivos empresariais com o mínimo 100 (cem) BENEFICIÁRIOS levando em consideração sua carteira de clientes. Também incluirá a estimativa do impacto da incorporação de novos procedimentos e eventos previstos no Rol

(...)

Permitir a replicabilidade do cálculo é um fator crítico para a mitigação da assimetria de informação na renovação dos contratos. Estima-se que a definição de diretrizes claras que busquem a padronização das metodologias de cálculo a serem adotadas preserve o equilíbrio de forças na negociação dos reajustes e fomente a continuidade sustentável do vínculo contratual. Diante das constatações desta seção, recomenda-se:

- tornar explícita a vedação a parâmetros sem metodologia consolidada;
- tornar explícita a vedação à acumulação de índices como característica de cláusula abusiva;
- aprimorar a redação atual da norma visando uniformizar a aplicação de índices de reajuste baseados em meta de sinistralidade de forma complementar;
- estabelecer piso mínimo de referência para reajustes calculados com base em meta de sinistralidade.
- Tornar obrigatória a apresentação da metodologia de cálculo em todos os documentos obrigatórios e na área restrita do contratante e beneficiários nas páginas da internet;
- Apresentar informações financeiras mensais aos contratantes.

## 2.2 - Agrupamento de Contratos

Desde 2012, a regulação passou a reconhecer a fragilidade dos contratos coletivos com baixo poder de barganha com a introdução da regra de agrupamento de contratos. Neste contexto e no contexto da expansão de contratações de natureza individualizada por meio de coletivos por adesão e contratos

empresariais de pequeno porte, esta seção propõe uma avaliação da regra de agrupamento e do critério de reunião desses contratos.

A partir de 2013, a RN nº 309/2012 (substituída pela RN nº 565/2022) tornou compulsório o agrupamento de contratos coletivos por operadora para fins de cálculo do reajuste. A norma estipula como critério mínimo contratos com menos de 30 vidas, mas faculta às operadoras agregar contratos coletivos de maior porte desde que o limite adotado pela operadora seja estabelecido expressamente em cláusula contratual. O critério adotado na norma assumiu o mesmo limite adotado anteriormente pelo regulador para a exigência de carência em contratos empresariais e para as regras de precificação estabelecidas pela Nota Técnica de Registro de Produto de contratos empresariais.

Alta volatilidade ou variabilidade nos percentuais de reajuste é uma ameaça à continuidade sustentável do vínculo porque reajustes altos funcionam como mecanismo de exclusão ou seleção de risco de uma carteira. A regra de agrupamento tem por objetivo reduzir a variabilidade dos reajustes aplicados a contratos com baixo poder de barganha, já que todos os contratos em agrupamento recebem um reajuste único por operadora que é apurado anualmente em abril. Dessa forma, o percentual apurado é aplicado ao longo do ciclo de doze meses entre maio e abril do ano seguinte no mês de aniversário de cada contrato. Deste modo, a regulação busca combater a atomização do risco, promovendo o mutualismo com o compartilhamento do risco entre um número maior de beneficiários.

Uma parcela inexpressiva do segmento adesão está sujeita à regra de agrupamento. Dos mais de 5 milhões de beneficiários em contratos por adesão reajustados no ciclo de 2022, apenas 2,8% (146.113 beneficiários) estavam em contratos com menos de 30 vidas sujeitos a agrupamento. Pela ótica dos contratos sujeitos a agrupamento, apenas 2,2% (146.113 de 6.713.423 beneficiários) eram do segmento adesão. Assim sendo, uma análise dos resultados da regra de agrupamento deve primeiramente destacar que atualmente a regra não alcança contratações por adesão já que este segmento tem se caracterizado por contratos de maior porte desde 2013 (Figura 4 e Figura 5).

Figura 4. Beneficiários em contratos com menos de 30 vidas por tipo de contratação

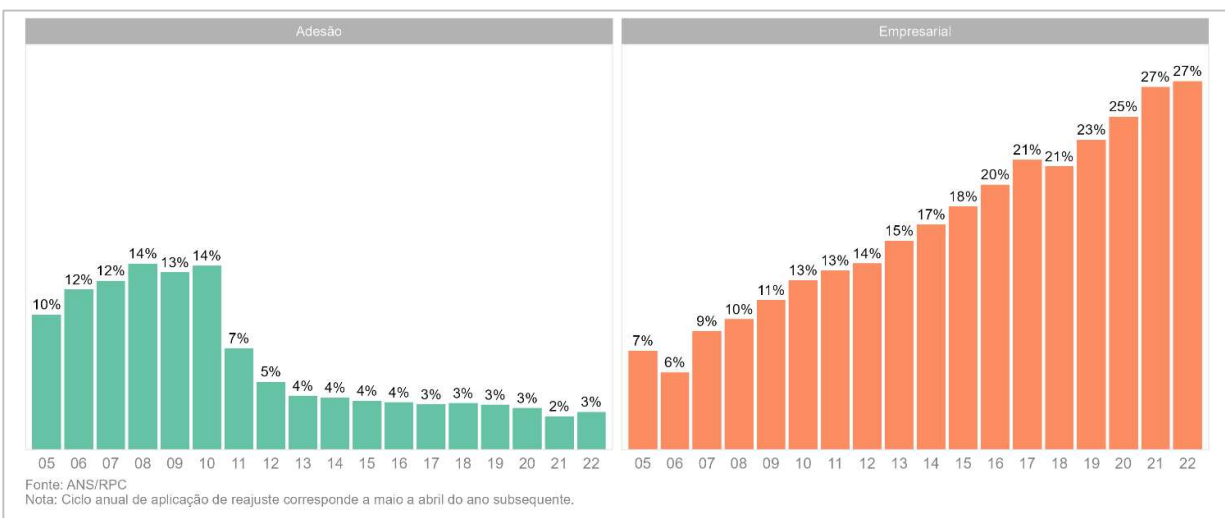
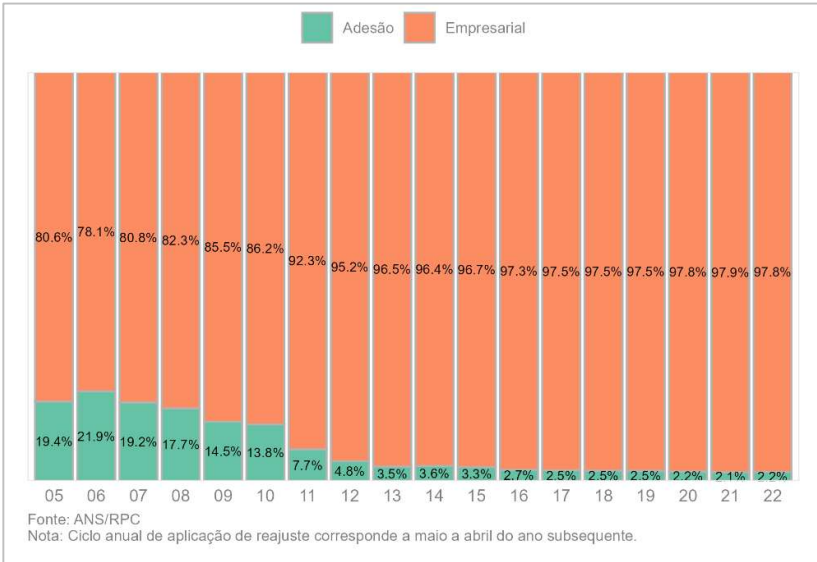


Figura 5. Tipos de plano em contratos com menos de 30 vidas (% de beneficiários)



O impacto da regra de agrupamento sobre a variabilidade do segmento empresarial, medida pelo coeficiente de variação dos reajustes, pode ser observado na Figura 6. A partir de 2013 a variabilidade dos reajustes sujeitos a agrupamento torna-se consistentemente inferior à do período anterior à RN nº 309/2012. Além disso, a diferença em relação aos contratos de maior porte se amplia, chegando a atingir 85 pontos percentuais (pp) em 2021. Conclui-se que a norma tem reduzido a volatilidade do reajuste dos contratos em agrupamento tanto em termos absolutos quanto na comparação com contratos de maior porte e, portanto, tem atingido seu objetivo de proteger os contratos em agrupamento de reajustes excessivamente altos e expulsórios. Por outro lado, o aumento da variabilidade percebida nos contratos que não estão sujeitos à regra nos últimos três anos reforça o questionamento sobre se o limite de 30 vidas é suficiente para contemplar contratos empresariais com baixo poder de barganha.

Figura 6. Impacto da RN nº 309/2012 na variabilidade dos reajustes de contratos empresariais





É possível notar também uma aproximação entre o reajuste médio dos dois grupos de contratos nos quatro anos após a entrada em vigor da RN nº 309/2012 (Figura 7). Essa aproximação pode ser fruto da diluição do risco entre uma maior quantidade de beneficiários e do aumento da relevância dos contratos pequenos na carteira das operadoras.

Figura 7. Impacto da RN nº 309/2012 no reajuste médio de contratos de contratos empresariais



Contudo, a diferença entre o reajuste médio dos dois grupos volta a se distanciar a partir de 2017 (Figura 7). Esse distanciamento levanta a hipótese de amadurecimento dos mecanismos de gestão do agrupamento de contratos por parte das operadoras após um período inicial de adaptação à regra. Um desses mecanismos pode ser a possibilidade de exercer a rescisão unilateral dos contratos com maior risco, mesmo que estes tenham integrado a base de cálculo do reajuste do agrupamento da operadora. Dessa forma o perfil dos contratos de maior risco pode majorar o percentual de reajuste de todo o agrupamento mesmo que esses contratos deixem de participar do agrupamento no ciclo de aplicação do reajuste. Esse ponto será aprofundado na seção que lida com o tema de rescisão contratual.

O ciclo de 2021 interrompe a tendência de distanciamento com drástica reaproximação entre o reajuste médio dos dois grupos de contratos (Figura 7). As medidas de distanciamento social para enfrentamento à pandemia de COVID-19 causaram uma queda extraordinária na utilização de serviços assistenciais de saúde, especialmente entre o segundo e o quarto trimestre de 2020. O reajuste dos contratos em agrupamento do ciclo de 2021 teve por base de cálculo o perfil de utilização dos doze meses do ciclo anterior (de maio de 2020 a abril de 2021) que abrangeram o período crítico de impacto da pandemia. Este percentual único calculado por operadora foi aplicado a todos os contratos com aniversários ao longo do ciclo de 2021 (de maio de 2021 a abril de 2022). Dessa forma, os reajustes dos agrupamentos de 2021 não refletem a retomada de utilização do período pós-pandemia – apenas os reajustes de agrupamento do ciclo de 2022 o farão. A base de cálculo dos reajustes dos contratos fora de agrupamento também considera o histórico dos doze meses anteriores à aplicação, mas os reajustes são apurados e aplicados individualmente no mês de aniversário de cada contrato e, portanto, o reajuste médio desse grupo em 2021 reflete a retomada de utilização de serviços ao longo do ano.

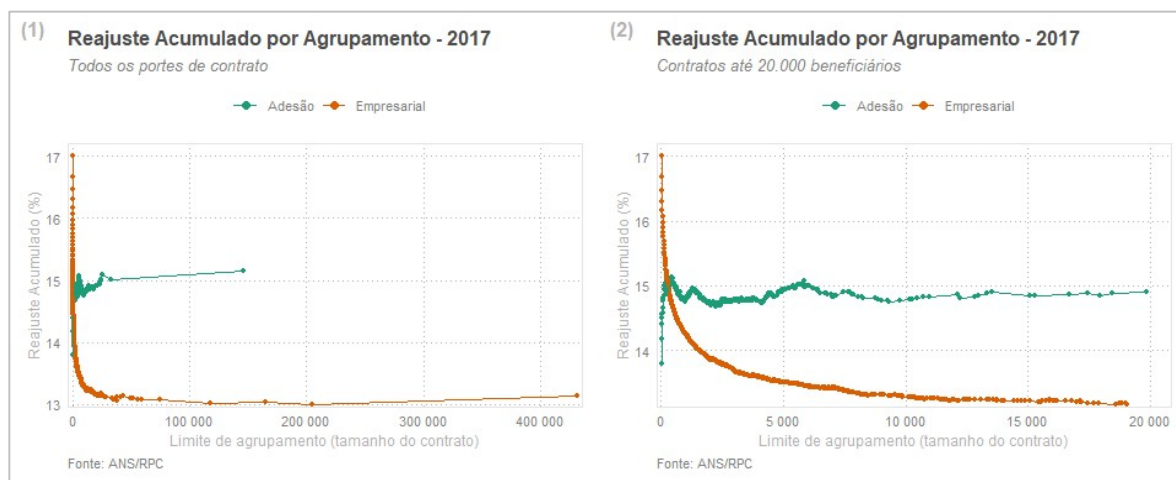
O comportamento dos reajustes médios dos dois grupos no ciclo de 2021 destaca o aspecto da defasagem temporal nos agrupamentos de contrato. A pandemia de COVID-19, foi um evento



extraordinário e sem precedentes na história da saúde suplementar e a intensidade do seu impacto sobre as despesas do setor nos ciclos de 2020 e 2021 ampliou o impacto da defasagem temporal. Nota-se que este impacto não é perceptível nos outros ciclos a partir de 2013. Há que se supor que, passados os efeitos destes dois ciclos atípicos, o impacto da defasagem temporal volte a ser pouco perceptível.

A dinâmica de poder de barganha de agrupamentos de contrato pode ser estudada avaliando-se diretamente a relação entre o reajuste médio e o limite de corte para agrupamento nos dois segmentos de contratação. O gráfico da Figura 8 traz o reajuste médio acumulado (eixo y), simulando-se o agrupamento dos contratos por limites crescentes de corte para agrupamento (eixo x) no ciclo de 2017. O segundo gráfico da Figura 8 destaca o corte até 20.000 beneficiários para facilitar uma visualização mais detalhada da curva.

Figura 8. Reajuste acumulado por porte de contrato em 2017



O reajuste acumulado de contratos empresariais com até 20 mil vidas é 13,16% em 2017 (gráfico 2 da ). Em outras palavras, o reajuste médio acumulado tende a convergir para uma estabilização em torno do reajuste médio do segmento empresarial a partir de certo limite de corte. Nota-se que o reajuste acumulado empresarial apresenta queda contínua à medida que o limite de corte aumenta. Esse padrão progressivo de queda do reajuste é indicativo de aumento do poder de barganha do contratante à medida que o tamanho do contrato aumenta. Nota-se, ainda, que a queda é mais acentuada no trecho inicial da curva.

Cabe aqui uma observação sobre a interpretação do gráfico enquanto simulação de agrupamentos dos contratos em limites de cortes sucessivos. É importante considerar que o cálculo do reajuste médio acumulado em dado limite de tamanho do contrato não representa necessariamente o reajuste médio que teria sido aplicado caso a norma adotasse tal limite como o critério para agrupamento naquele ano. Por outro lado, a análise do reajuste médio acumulado dos contratos coletivos em sucessivos limites de agrupamento permite observar a relação entre o tamanho dos contratos e seus reajustes como indício do poder de barganha exercido por contratos de diferentes tamanhos.

No caso do segmento adesão, a progressão do reajuste acumulado não apresenta um padrão de comportamento uniforme e contínuo. No corte até 20.000 vidas (gráfico 2 da Figura 8), a progressão da curva inicialmente aponta um aumento expressivo no reajuste médio à medida que o limite dos portes

de contrato aumenta, seguida de comportamento instável, com quedas e aumentos no reajuste médio acumulado. Essa instabilidade na relação entre reajuste e tamanho de contrato contrasta com o comportamento da curva no segmento empresarial.

Ampliando a análise para os ciclos de 2017 a 2022 (Figura 9), observa-se que o segmento empresarial repete o padrão de progressão observado anteriormente com queda acentuada nos limites iniciais de porte, a despeito de convergirem para patamares de reajuste médio que são diferentes a cada ciclo. A repetição do padrão de comportamento em múltiplos ciclos reforça os indícios de existência de negociação entre operadora e contratante com aumento progressivo do poder de barganha do contratante à medida que o tamanho do contrato aumenta.

Figura 9. Curvas de reajuste acumulado por porte de contrato, 2017 a 2022

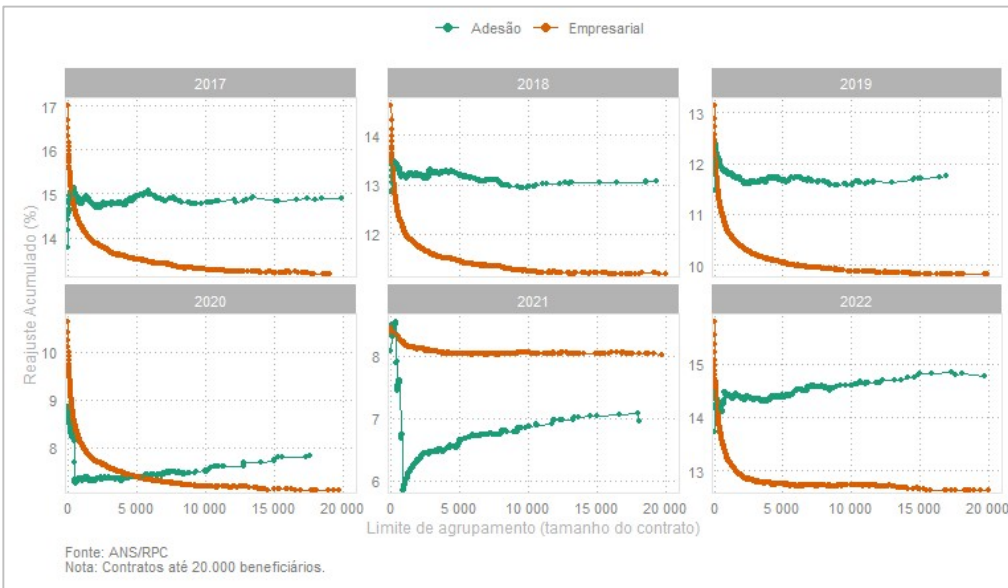
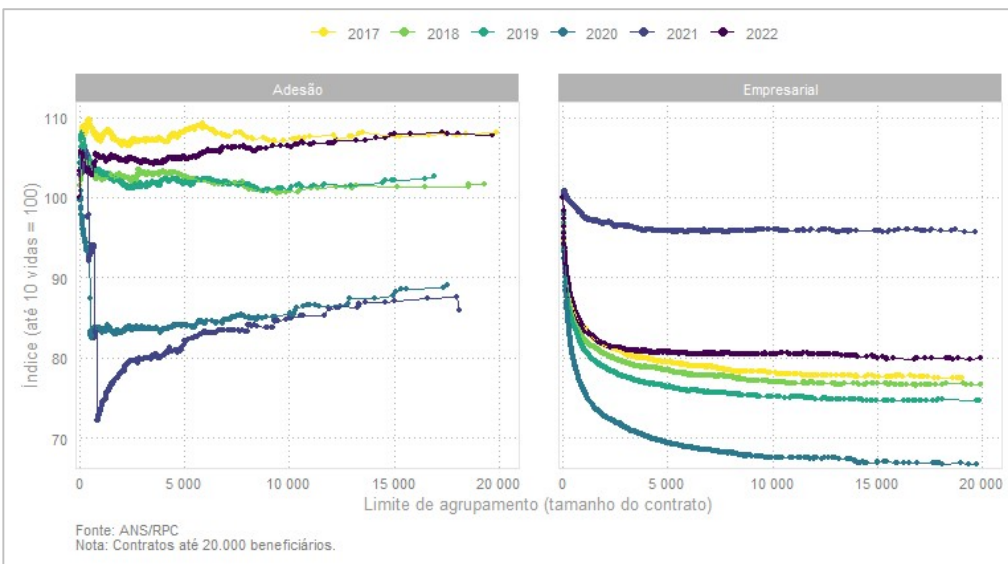


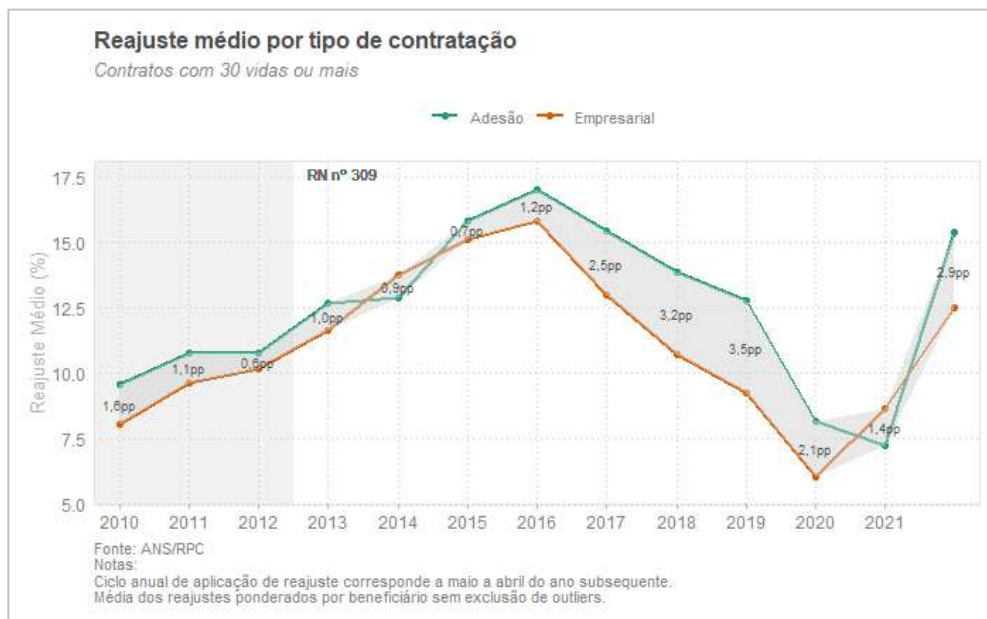
Figura 10. Curvas indexadas de reajuste acumulado por porte de contrato, 2017 a 2022



Também se observa que a curva do segmento empresarial no ciclo de 2020 apresenta a queda mais acentuada entre os ciclos analisados. Esse aspecto é melhor visualizado na versão indexada das curvas (Figura 10). O efeito da defasagem temporal no reajuste dos agrupamentos, já detalhado anteriormente, pode ser identificado nos ciclos de 2020 e 2021. A crise ensejada pelas medidas de enfrentamento à COVID-19 impactou tanto a atividade econômica das empresas quanto a utilização dos serviços de saúde no ciclo de 2020 (maio de 2020 a abril de 2021), fator que explica uma diferença maior entre o reajuste de contratos fora do agrupamento e os reajustes sujeitos à regra de agrupamento nos limites iniciais de corte. Da mesma forma, percebe-se o fenômeno inverso no ciclo de 2021 com a retomada dos níveis de atividade econômica e de utilização de serviços de saúde.

O comportamento das curvas de reajuste acumulado no segmento adesão difere do padrão identificado no empresarial (Figura 9 e Figura 10). A instabilidade no início das curvas de adesão pode ser atribuída à baixa frequência de contratos de pequeno porte neste segmento. Nota-se ainda que nos contratos de maior porte o reajuste acumulado do segmento adesão tende a convergir para o reajuste médio com certa instabilidade (aumentos e quedas). Contudo, é notável que o reajuste médio do segmento adesão seja consistentemente superior ao reajuste médio no segmento empresarial desde a regulamentação da contratação por adesão em 2009 e que essa diferença apresente tendência a aumentar nos anos mais recentes (Figura 11).

Figura 11. Comparação do reajuste médio entre segmentos



Contratos por adesão são celebrados por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial (e.g. conselhos profissionais, entidades de classe, sindicatos, cooperativas etc.). Nesse tipo de contrato o beneficiário é a fonte de pagamento, de forma individualizada, e a pessoa jurídica contratante não é sua patrocinadora. A pessoa jurídica contratante tem papel agregador por afinidade, sem interesse econômico na relação contratual que a incentive a representar os beneficiários em uma negociação.

A pessoa jurídica contratante do coletivo por adesão pode deter o risco de inadimplência, porém frequentemente a gestão desse tipo de contrato é intermediada por uma Administradora de Benefícios que assume o risco de inadimplência e a gestão operacional do contrato. A Administradora de

Benefícios, nesses casos, negocia a renovação do contrato e é remunerada com um percentual calculado de acordo com o valor total do contrato.

Ademais, contratos administrados frequentemente reúnem um portfólio de planos de múltiplas operadoras aos beneficiários de um contratante por adesão. Se por um lado essa prática oferece a possibilidade de escolha de diferentes operadoras ao beneficiário, ela efetivamente atomiza o risco, quebrando o que seria um único grande contrato em contratos menores com diferentes operadoras, aumentando a exposição dos beneficiários a reajustes extremos.

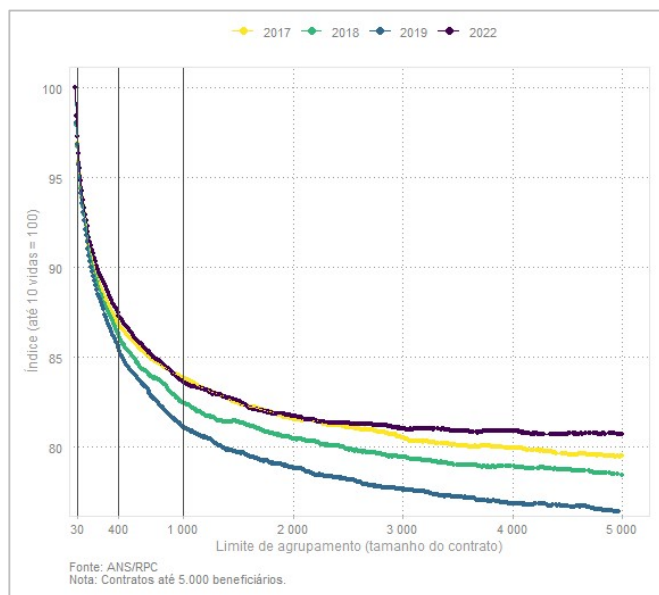
A RN nº 309/2012, ao limitar a regra de agrupamento de contratos a 30 vidas, não alcança na prática a modalidade por adesão. Por outro lado, a dinâmica de gestão e negociação dos contratos por adesão e a diferença entre o reajuste médio do segmento adesão e empresarial dão indícios de baixo poder de barganha ou até ausência de negociação com uma entidade que efetivamente represente os interesses dos beneficiários pagadores. Assim sendo, uma alteração da regra de agrupamento para contemplar todos os contratos por adesão – administrados ou não – seria recomendada para esse tipo de contratação.

Contratos empresariais, por outro lado, são negociados por pessoa jurídica para a cobertura de pessoas a ela vinculadas por relação empregatícia ou estatutária. A pessoa jurídica contratante é responsável pelo pagamento do contrato, cujo patrocínio em geral recai sobre a própria empresa contratante ou empresário individual, mas pode ser compartilhado com o funcionário por desconto em folha de pagamento. Como mencionado, neste segmento a relação entre o limite de corte de agrupamento e o reajuste é indicativo de aumento do poder de barganha do contratante à medida que o tamanho do contrato aumenta (Figura 9). Nota-se, ainda, que a queda é mais acentuada no trecho inicial das curvas do segmento empresarial, mesmo nos ciclos de 2020 e 2021 que foram diretamente afetados pelos efeitos da pandemia (Figura 10).

Analisando-se o comportamento das curvas nos ciclos não afetados pela pandemia, é possível acompanhar a velocidade da queda do reajuste ao longo da curva, de modo a identificar os pontos em que o declínio do reajuste desacelera e tende à estabilidade. Para avaliar esses pontos de estabilização nos quatro ciclos, optou-se por realizar uma regressão polinomial<sup>7</sup>, considerando o limite de corte de agrupamento como sendo a variável independente e o reajuste acumulado como variável dependente. A análise completa está detalhada no Relatório de Avaliação de Resultado Regulatório (ARR) sobre os efeitos das regras de reajuste de planos coletivos no mercado de saúde suplementar (documento SEI nº 27682487).

A regressão polinomial permitiu avaliar a taxa média de queda do reajuste empresarial em diferentes limites de corte nos quatro ciclos. Enquanto o limite de 30 vidas corresponde a uma redução média de reajuste de cerca de 34% em relação ao corte anterior, um limite de 400 vidas equivale a 2,5% de redução, ao passo que o limite de 1.000 vidas representa uma redução de 1%, caracterizando a tendência à estabilização (Figura 12). Assim sendo, deduz-se que contratos empresariais com menos de 1.000 vidas não têm poder de barganha suficiente em uma negociação para alcançar os níveis de reajuste obtidos por contratos de maior porte.

Figura 12. Curvas indexadas de reajuste acumulado por porte de contrato empresarial



A Tabela 3 a seguir destaca a parcela do segmento empresarial que estaria sujeita a agrupamento nos limites de 400 e 1.000 vidas em comparação com o limite atual de 30 vidas. A proporção de beneficiários sujeita a agrupamento passaria dos atuais 27% (30 vidas), para 50% (400 vidas) e 61% (1.000 vidas) no ciclo de 2022. A quantidade de operadoras com todos os contratos empresariais em agrupamento subiria das atuais 21(30 vidas) para 116 operadoras (400 vidas) e 220 operadoras (1.000 vidas) de um total de 532 operadoras com contratos que sofreram reajuste no ciclo de 2022.

Tabela 3. Sumário de indicadores de agrupamentos com limites selecionados – Empresarial

Limite de agrupamento	Ciclo	Beneficiários				Contratos				Operadoras		
		Sujeitos a agrupamento	%	Fora do agrupamento	%	Sujeitos a agrupamento	%	Fora do agrupamento	%	Total	Todos os contratos agrupados	%
30	2017	4.786.570	21%	17.564.792	79%	966.368	94%	63.813	6%	589	22	4%
	2018	5.036.088	21%	19.043.715	79%	1.062.024	94%	65.337	6%	582	20	3%
	2019	5.154.941	23%	17.368.124	77%	1.107.924	95%	61.540	5%	562	22	4%
	2020	5.243.429	25%	16.070.572	75%	1.174.684	95%	56.965	5%	538	28	5%
	2021	6.112.000	27%	16.685.608	73%	1.431.979	96%	64.272	4%	544	28	5%
2022	6.567.310	27%	17.571.595	73%	1.591.096	96%	65.060	4%	532	21	4%	
400	2017	10.112.209	45%	12.239.153	55%	1.023.019	99%	7.162	1%	589	140	24%
	2018	10.485.515	44%	13.594.288	56%	1.118.859	99%	8.502	1%	582	146	25%
	2019	10.301.748	46%	12.221.317	54%	1.162.529	99%	6.935	1%	562	145	26%
	2020	10.030.584	47%	11.283.417	53%	1.225.263	99%	6.386	1%	538	135	25%
	2021	11.509.299	50%	11.298.309	50%	1.489.213	100%	7.038	0%	544	132	24%
2022	12.030.787	50%	12.108.119	50%	1.648.900	100%	7.256	0%	532	116	22%	
1.000	2017	12.780.115	57%	9.571.247	43%	1.027.358	100%	2.823	0%	589	255	43%
	2018	13.694.567	57%	10.385.236	43%	1.124.077	100%	3.284	0%	582	258	44%
	2019	12.930.263	57%	9.592.802	43%	1.166.774	100%	2.690	0%	562	254	45%
	2020	12.454.537	58%	8.859.464	42%	1.229.180	100%	2.469	0%	538	240	45%
	2021	14.193.668	62%	8.613.940	38%	1.493.579	100%	2.672	0%	544	236	43%
2022	14.795.535	61%	9.343.371	39%	1.653.383	100%	2.773	0%	532	220	41%	

Fonte: ANS/RPC

Um aumento no limite de porte de contratos empresariais para inclusão no agrupamento ampliaria o combate à variabilidade para contratos com baixo poder de barganha. Recomenda-se reavaliar o limite

de porte de contrato empresarial para assegurar que a regra alcance aqueles contratos que não conseguem exercer poder de barganha em negociações de reajuste.

### 2.3 - Rescisão Contratual

Uma questão relevante se refere à fragilidade da contratação coletiva. Conforme notado anteriormente, ao fim dos 12 meses de cobertura inicial, o contratante não tem garantia de renovação, já que há possibilidade de exercício da rescisão unilateral por parte da operadora. Isso é especialmente problemático nas contratações de natureza individualizada por meio de produtos de contratação coletiva e em contratos coletivos de pequeno porte com baixo poder de negociação.

Atualmente, as condições da rescisão contratual devem constar do contrato, conforme, art. 17 da RN nº 195/2009 (substituído pelo art. 23 da RN nº 557/2022), não havendo limitação específica quanto a prazo mínimo de vigência ou período de aviso prévio. A exceção fica por conta dos contratos para o empresário individual, para os quais a RN nº 432/2017 (substituída pela RN nº 557/2022) determina que a operadora pode rescindir unilateralmente apenas no aniversário do contrato.

No caso de rescisão unilateral do contrato por parte da operadora, a continuidade do acesso à saúde suplementar passa a depender do enquadramento do contratante nas regras de portabilidade de carências e da disponibilidade de oferta de planos com preços acessíveis e características equiparáveis (localização e qualidade da rede assistencial, tipo de cobertura, nível de coparticipação, entre outras).

Dessa forma, há que se considerar a exposição à seleção de risco em contratos com baixo poder de negociação, à medida que é permitido à operadora rescindir contratos de pequeno porte com base na análise individualizada do risco de cada contrato.

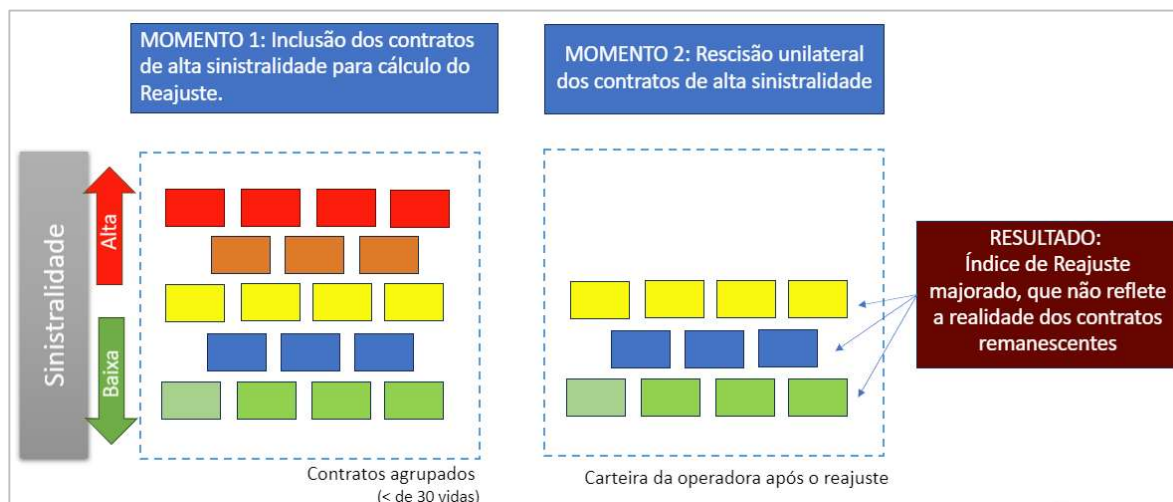
Há indícios de que a rotatividade dos contratos de pequeno porte supera a dos contratos de maior porte. Apesar de não conter um cadastro de todos os contratos em vigor no setor, uma análise dos reajustes informados no sistema RPC indica que 27% dos contratos com mais de 100 vidas reajustados no ciclo de 2021 tiveram seu primeiro reajuste neste ciclo. Essa estatística sobe para 32% (cerca de 1/3) nos contratos entre 6 e 100 vidas e atinge 45% nos contratos até 5 vidas.

A regra de agrupamento de contratos procura diluir o risco entre a massa de contratos de pequeno porte, tratando-a como uma carteira única para fins de cálculo do percentual reajuste. Porém, o mecanismo de rescisão unilateral permite que contratos singularmente menos atrativos possam ser seletivamente removidos da carteira de agrupamento, mesmo que estes contratos tenham integrado a base de apuração do percentual de reajuste a ser aplicado no agrupamento.

Noutros termos, este cenário está a permitir que uma operadora possa considerar, para o cálculo do reajuste do seu agrupamento de contratos, as despesas assistenciais de um determinado contrato que tenha alta sinistralidade. Deste modo, após a conclusão do cálculo do reajuste, não é vedado à operadora rescindir esse contrato unilateralmente. Neste caso, o percentual de reajuste apurado pode ser aplicado aos contratos do agrupamento com a influência da alta sinistralidade daquele contrato já rescindido e que não faria mais parte do agrupamento. Isto posto, o reajuste não refletiria a realidade dos contratos remanescentes, que sofreriam um percentual majorado (Figura 13).



Figura 13. Esquematisação do cálculo do reajuste dos contratos agrupados



Sobre o art. 17 da RN nº 195/2009 (substituída pela RN 557/2022), convém recordar seu parágrafo único:

*Art. 17 As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.*

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

Este parágrafo determinava que os contratos de planos de saúde coletivos somente poderiam ser rescindidos sem motivação após período mínimo de 12 (doze) meses e notificação prévia de pelo menos 60 (sessenta) dias. Entretanto, o dispositivo não diferenciava o contratante do contratado, de modo que a restrição de rescisão se aplicava igualmente a ambos. Isso foi interpretado por setores da sociedade como “fidelização” do consumidor. Assim, foi movida a Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01, que causou a revogação do mencionado parágrafo, restando apenas o caput do art. 17.

Dessa forma, considera-se que eventual revisão sobre o tema deva estabelecer a diferenciação entre as duas partes da relação contratual, estabelecendo regras de rescisão mais restritivas para a operadora.

### 3 – Dos agentes econômicos

Os principais atores envolvidos são apresentados no quadro abaixo, juntamente com a descrição de como causam e sofrem o problema regulatório:

Tabela 4. Problemas causados e sofridos pelos agentes econômicos

Agente	Problema causado	Problema sofrido
ANS	Regulação insuficiente	Aumento do número de reclamações, multas, decisões judiciais sem a participação da ANS

Agente	Problema causado	Problema sofrido
<b>Operadora</b>	Reajuste considerados excessivos por contratantes	Redução do índice de reajuste aplicado ou congelamento das contraprestações por decisões judiciais.
<b>Contratante/ Beneficiário</b>	-	Reajuste elevados levam ao encerramento do contrato e perda da assistência médica privada. Diminuição do poder de barganha
<b>Judiciário</b>	-	Aumento de recursos judiciais contra reajuste aplicados e rescisão imotivadas.

#### 4 – Da fundamentação legal

A competência legal da ANS para regular a rescisão contratual e os reajustes dos planos de saúde privados é estabelecida nos incisos II, XVII e XVIII do artigo 4º da Lei 9.961/2000<sup>2</sup>.

Ambos os temas são disciplinados em normas legais e infralegais.

O artigo 13 e o inciso XI do artigo 16 da Lei 9.656/96 disciplinam aspectos da rescisão contratual das cláusulas dos reajustes nos contratos<sup>3</sup>

Já a normatização infralegal contempla as seguintes resoluções e instruções normativas:

- RN nº 509/2022: Divulgação das informações de reajuste aos contratantes e aos beneficiários;
- RN nº 557/2022 (substitui a RN nº 195/2009 e RN nº 432/2017): Classificação dos planos de saúde, regras de aplicação dos reajustes e regras de rescisão contratual;
- RN nº 565/2022 (substitui a RN nº 171/2008, RN nº 172/2008 e RN nº 309/2012): Parâmetros para cláusulas de reajuste e comunicação dos reajustes à ANS;
- Instrução Normativa ANS nº 28 (Dispõe sobre os procedimentos do registro de produtos).

#### 5 – Dos objetivos a serem alcançados

Considerando os problemas identificados no item 2 deste relatório o objetivo geral a ser alcançado é a simetria de informação entre contratante e contratado.

<sup>2</sup> Lei 9.961/2000 - Art. 4º Compete à ANS:

(...) II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

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

XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;

<sup>3</sup> Lei 9.656/1998 - Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

(...) Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:

(...) XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias.



Os objetivos específicos são:

- Regular a utilização de metodologia de cálculo de reajuste;
- Aumentar a transparência no cálculo e a definição de cláusulas de reajuste;
- Introduzir a aplicação de uma meta de sinistralidade mínima para os contratos coletivos;
- Aumentar o mutualismo com o aumento do agrupamento de contratos;
- Implementar regras que dificultem a seleção de risco pela rescisão unilateral do contrato coletivo;
- Reduzir o volume de recursos no judiciário.

## 6 – Das alternativas de solução

As alternativas abaixo foram identificadas para o enfrentamento do problema regulatório da falta de transparência no cálculo e aplicação de reajuste em contratos coletivos.

As alternativas se baseiam em diferentes níveis de intervenção normativa além da opção de “não fazer nada”.

### Problema 2.1 - Reajuste Coletivo

#### **Alternativa 1 - Não fazer nada.**

Nessa alternativa a ANS não edita ou altera seus normativos.

Significa a continuação do quadro atual onde o conflito é resolvido pelo poder judiciário ou pelo encerramento da prestação do serviço, por inadimplência ou impossibilidade de arcar com os novos valores das contraprestações.

#### **Alternativa 2 - Metodologia padrão baseada em "índice de preços (+) sinistralidade de referência"**

Neste caso a ANS editaria norma com as cláusulas e a metodologia de reajuste que deverão constar em todos os contratos coletivos de assistência à saúde.

Isto significa que as operadoras e contratantes não poderão negociar esse tópico em seus contratos e deverão incluir em seus contratos as definições estabelecidas pela ANS.

- Definição da Sinistralidade Meta;
- Definição do índice financeiro;
- Definição da metodologia para cálculo do índice de reajuste por sinistralidade e do índice de reajuste a ser aplicado.

### **Alternativa 3 – Definir parâmetros obrigatórios para definição das cláusulas de reajuste.**

Neste caso a ANS editaria nova norma ou alteraria normas existentes para definir condições mínimas de transparência nos contratos que eliminem a assimetria de informação e evitem a aplicação de metodologias que acumulem índices de reajuste.

- Definição da Sinistralidade Meta mínima 75%;
- Definição das características do índice financeiro (índice de preço, único e de fonte oficial).

### **Alternativa 4 – Definir metodologia padrão com base na variação de custos.**

Neste caso a ANS definiria a metodologia, mas diferente da alternativa 2, o índice de reajuste seria baseado na variação de custos.

- Reajuste por variação de custo, ponderado em 80% das receitas assistenciais, do contrato coletivo ou agrupamento
- Reajuste das despesas assistenciais ponderado em 20%

## **Problema 2.2 - Agrupamento de Contratos**

### **Alternativa 1 - Não fazer nada**

Neste caso o agrupamento permanece como definido pela RN nº 565/2022. Reajuste com alta variância entre as operadoras e baixo mutualismo.

### **Alternativa 2 – Incluir toda a carteira de adesão no agrupamento de contratos**

A ANS alteraria a RN 565/2022 para incluir toda a carteira de contratos coletivos por adesão no agrupamento de contrato

### **Alternativa 3 – Incluir contratos coletivos empresariais com menos de 1.000 vidas e toda a carteira de coletivo por adesão no agrupamento.**

A ANS alteraria a norma para definir o novo limite de vidas para contratos coletivos empresariais e incluir toda a carteira de adesão.

## **Problema 2.3 - Rescisão Contratual**

### **Alternativa 1 - Não fazer nada**

Neste caso as rescisões continuariam a ser determinadas pelas regras acordadas em contrato.

### **Alternativa 2 - Igualar a regra de rescisão de contratos coletivos à regra de rescisão de "contratos MEI"**

Neste caso a operadora só poderia rescindir o contrato unilateralmente no aniversário do contrato.

*RN 557/22 - Art. 14. À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde empresarial, celebrado na forma do artigo 9º desta resolução, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação.*

## **7 – Possíveis impactos**

- Redução da média dos reajustes anuais aplicados aos contratos coletivos.
- A implementação de regras claras e transparentes possibilitará uma maior autonomia do contratante na verificação do cálculo do índice de reajuste proposto e uma negociação com base em dados verificáveis.
- Fortalecimento do arcabouço regulatório: A determinação de regras claras e transparentes diminuirá a quantidade de recursos à justiça para resolução de conflitos entre as partes.
- Aumento do Mutualismo: A transparência no índice de reajuste, o aumento do agrupamento e limitação da rescisão contratual unilateral poderá induzir uma melhoria na gestão das operadoras e uma busca por equilíbrio baseado no mutualismo.
- Aumento do preço de entrada para novos contratos: Por outro lado, a dificuldade em realinhar os preços por contrato em função da maior transparência no índice de reajuste, do aumento do agrupamento e da limitação da rescisão contratual unilateral poderá gerar um aumento no preço de entrada dos planos coletivos.
- Aumento da oferta de planos individuais: Em função do agrupamento de contratos de toda a carteira de adesão e do aumento do preço de entrada desses produtos, poderá ocorrer o aumento na oferta de planos individuais, exceto nas operadoras que abandonaram os planos individuais em função da impossibilidade de rescisão.

## **8 – Contribuições da sociedade**

A Tomada Pública de Subsídios (TPS) n.º 04/2024, aprovada pela 612ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada da ANS de 27/09/2024, acolheu contribuições sobre o aprimoramento das normas relacionadas a quatro temas da Política de Preços e Reajuste: Reajuste Coletivo, Mecanismos de Regulação, Venda on-line e Revisão Técnica. A TPS ficou disponível para participação entre os dias 16/10/2024 e 04/11/2024. Ao todo, foram acolhidas contribuições de 73 respondentes que foram anexadas na íntegra, juntamente com relatório analítico, ao processo SEI nº 33910.025318/2024-75. Cabe registrar que vários respondentes institucionais, incluindo entidades representativas de consumidores e das operadoras, formalizaram protestos em suas contribuições quanto ao que consideraram um prazo exíguo para coleta de contribuições de temas de alta complexidade relacionados à regulamentação de preços e reajustes de planos de saúde.

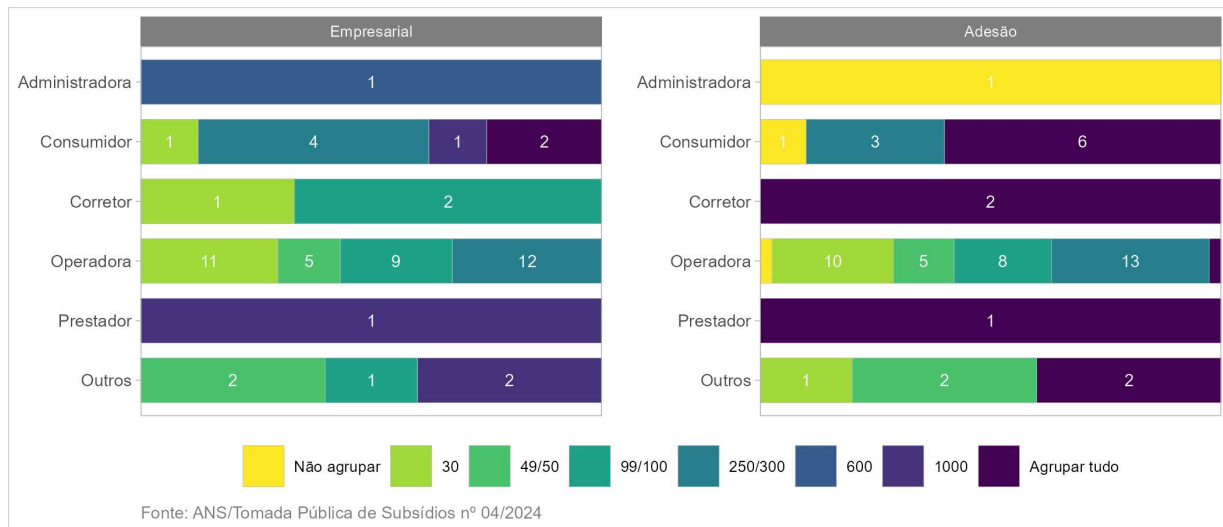
O tópico de reajuste coletivo foi abordado em cinco perguntas, sendo as duas primeiras sobre o limite de tamanho do contrato para seu agrupamento para fins de cálculo de reajuste anual único por

operadora e as três perguntas restantes sobre regras para cláusulas de reajuste anual por variação de custos.

## 8.1 Agrupamento de contratos

As duas primeiras perguntas abordaram o limite de porte de contratos coletivos (em quantidade de vidas) para obrigatoriedade de inclusão do contrato em agrupamento para fins de cálculo do reajuste anual por operadora – tanto no segmento empresarial quanto adesão. A Figura 14 a seguir resume as contribuições de cada segmento para estas perguntas.

Figura 14. Tabulação das respostas sobre limite de porte de contrato para agrupamento



Na **contratação empresarial**, representantes de consumidores, administradoras, prestadores e outros respondentes<sup>4</sup> tenderam a favorecer aumento maior do limiar de tamanho para agrupamento do contrato empresarial – até 300 vidas ou superior, incluindo agrupamento de todos os contratos –, enquanto representantes de operadoras e de corretores de planos de saúde tenderam a favorecer patamares menores – desde a manutenção do limite atual até um limite de 100 vidas (Figura 14).

Argumentos a favor de pequeno aumento do limite para agrupamento empresarial ou manutenção do limite atual:

- O limite atual já garantiria a diluição de riscos e que o reajuste não seja excessivamente divergente em comparação com agrupamentos de contratos de maior porte.
- A ampliação do limite aumentaria o custo regulatório por exigir ajustes nos processos de conformidade regulatória e aumentaria a complexidade operacional para as operadoras.
- Foram citados casos de operadoras que possuem mais de 500 mil vidas nos agrupamentos de risco em que os reajustes calculados foram altos, o que indicaria que o problema não se resumiria à insuficiência de mutualismo. A expansão do agrupamento atrairia contratos menos

<sup>4</sup> Atuários e entidades com interesse no setor, como IBA, ASSETANS e consultorias que prestam serviços aos atores do setor.

vantajosos, o que poderia levar a um ciclo de reajustes altos, cancelamento de contratos e redução do acesso à saúde suplementar.

- As operadoras menores poderiam enfrentar aumento dos custos em contratos agrupados, o que poderia levar a reajustes maiores, cancelamento de contratos e redução ao acesso à saúde suplementar.
- Limites maiores poderiam impedir pequenas e médias operadoras de negociar condições favoráveis de reajuste para contratos coletivos específicos.
- Limites maiores poderiam prejudicar a livre concorrência ao dificultar a permanência de pequenos operadores no mercado.
- Preocupação com o aumento da parcela de operadoras que teriam toda a sua carteira coletiva em agrupamento para cálculo de reajuste unificado.
- Os contratantes que passarem a ser agrupados perderiam o controle sobre seu reajuste e não teriam incentivos para desenvolver programas de gestão de saúde corporativa.
- O limite de 100 vidas já estaria sendo aplicado pelas operadoras para segmentação dos contratos na cotação de preços de contratação.
- Empresas com mais de 100 vidas teriam poder de barganha na negociação direta com as operadoras.

Argumentos a favor do aumento do limite de agrupamento empresarial para patamares maiores:

- Limites menores deixariam de incluir contratos que não têm poder de negociação na prática.
- Limites menores deixariam de incluir contratos que tendem a ser vulneráveis ao impacto de sinistros isolados que tornam o reajuste mais volátil.
- A intensificação do mutualismo no agrupamento para cálculo do reajuste tenderia a diluir mais o risco, reduzindo a volatilidade dos reajustes dos contratos dentro do grupo.
- O aumento do tamanho do agrupamento levaria a aumento da relevância do agrupamento na carteira da operadora, suscitando maior cautela no cálculo e aplicação dos reajustes.
- Contratantes (inclusive as grandes empresas) são expostos à complexidade técnica de cálculos atuariais e à pouca transparência sobre os dados do contrato para travar uma negociação direta equilibrada.
- Contratos excluídos do limite teriam relevância suficiente para negociação direta com a operadora.

Na **contratação coletiva por adesão**, representantes de consumidores, corretores, prestadores tenderam a favorecer o agrupamento total dos contratos por adesão, enquanto as administradoras e operadoras se opuseram.

A ANAB, representando as administradoras, sugeriu que contratos por adesão não deveriam sofrer agrupamento, recomendando serem observadas as regras pactuadas no contrato coletivo entre os beneficiários contratantes. As operadoras não diferenciaram suas sugestões entre contratos empresariais e por adesão, sugerindo que ambos deveriam ser tratados sob a mesma regra de limite.

Assim, seus argumentos para manutenção do limite atual seriam essencialmente os mesmos citados para contratos empresariais. Outros respondentes que apoiaram a manutenção do limite atual argumentaram que seriam contratos que podem estar sujeitos a condições vinculadas a acordos coletivos de sindicatos ou conselhos profissionais, o que criaria um impasse na negociação do reajuste em razão do agrupamento.

Os que apoiaram o agrupamento total de contratos por adesão argumentaram que contratos por adesão não contam com a figura do contratante negociador, já que estes contratos não são patrocinados por um empregador e, quando são administrados, não haveria incentivos para a administradora negociar o menor reajuste possível. Ponderaram também que a pessoa jurídica que reúne os beneficiários contratantes não teria conhecimento ou capacidade de fazer gestão da saúde das vidas cobertas. Mencionaram ainda que poucos contratos coletivos por adesão seriam contratos de menor porte, caso fosse determinado um limite, e sugeriram, inclusive, que o regulador considerasse sujeitar contratos por adesão a teto de reajuste como nos contratos individuais, dada a natureza de contratação individualizada da modalidade.

Outras propostas e considerações submetidas para o tópico de agrupamento incluíram:

- Vedação explícita a subterfúgios que permitam reunir pequenos contratantes em contratos “guarda-chuva” (reunião de várias PJ em diferentes produtos em um mesmo contrato, ).
- Manter a consistência entre o limiar para agrupamento e o limiar para exigência de carência e CPT para que todos os contratos dentro do agrupamento estejam sujeitos às mesmas regras já que carência e CPT pressupõem diferenciação de custo entre contratos.
- Por outro lado, considerar as implicações de uma ampliação do limiar de exigência de carência sobre os preços futuros e possível aumento de complexidade na operacionalização da verificação de CPT e aplicação de carências sobre contratos de maior porte.
- Permitir que as operadoras tenham flexibilidade para definir o limite ideal de vidas para seu próprio agrupamento com base em cálculos atuariais – limite este que seria aplicado caso a caso junto com a exigência de carência e CPT.
- Permitir uma faixa de aplicação de reajuste de até  $\pm 30\%$  do reajuste do agrupamento, dependendo do desempenho do contrato.
- Manter o limite atual, mas permitindo aplicação de “bandas de porte” para criar agrupamentos adicionais nas carteiras (e.g. de 30 a 100 vidas, de 100 a 300 vidas etc.).
- Tornar o reajuste do agrupamento da operadora o teto para os contratos que estejam fora do agrupamento.
- Criar agrupamento de contratos empresariais segregado do agrupamento dos contratos por adesão devido às diferenças no perfil etário e de risco das duas modalidades.
- Criar agrupamento total de todos os contratos, empresariais e por adesão, para fins de cálculo de reajuste único por operadora para maximizar o mutualismo.
- Equiparar contratos MEI registrados como coletivos a contratos individuais, com o amparo das proteções previstas na Lei 9.656/1998.
- Ampliar limite para até 50 vidas a título experimental, permitindo avaliar os efeitos da medida.

- Considerar que alterações na regra de agrupamento sejam aplicadas apenas a novos contratos, evitando a retroatividade e excluindo os contratos em vigor destas mudanças.

## 8.2 Cláusulas de reajuste

As perguntas remanescentes abordaram regulamentação sobre as cláusulas de cálculo do reajuste anual por variação de custos adotadas nos contratos coletivos.

Em termos do que, minimamente, deveria ser regulamentado sobre cláusulas de reajuste com o objetivo de reduzir a judicialização do tema, as recomendações foram:

- Definição de cláusulas com metodologias reproduzíveis e que possam ser conferidas;
- Obrigatoriedade de disponibilização da memória de cálculo do reajuste antes da primeira aplicação do reajuste;
- Obrigatoriedade de disponibilização de extrato de eventos (sinistros) individualizado aos beneficiários para conferência;
- Obrigatoriedade de disponibilização de extrato de eventos (sinistros) aos contratantes para acompanhamento da sinistralidade do contrato;

Sobre o cálculo de reajuste por meta de sinistralidade frequentemente adotado em contratos coletivos, foi sugerida, inclusive, a vedação desta metodologia por incluir variáveis sujeitas a sigilo pessoal que impedem a verificação do cálculo pelo contratante e por permitir o repasse sistemático do risco de alta sinistralidade ao consumidor. Mas, em sua maioria, os representantes de consumidores, administradoras e corretores apoiaram o estabelecimento de patamar mínimo para a meta determinada em contrato para evitar índices de reajuste grosseiramente abusivos. Estes segmentos de respondentes sugeriram que se adote a sinistralidade média histórica do setor como patamar mínimo para a meta de sinistralidade por este ser considerado suficiente para preservar o equilíbrio econômico dos contratos.

Representantes de operadoras e outros respondentes, incluindo o Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) se manifestaram majoritariamente contrários a determinação de limite mínimo para a meta de sinistralidade porque um limite mínimo não poderia capturar a diversidade de impactos de despesas não assistenciais e de expectativas de lucro tanto entre operadoras quanto entre produtos dentro de uma mesma operadora (foram citadas diferenças regionais e de perfil de produto).

No dia 14 de novembro, o Idec realizou reunião com a Diretoria de Produtos a fim de expressar seu posicionamento sobre o assunto.

Nos dias 18 e 25 de novembro, a ABRAMGE – entidade representativa das Medicinas de Grupo, realizou reunião com a Diretoria de Produtos e com a área técnica da GEFAP a fim de apresentar estudo propositivo sobre a metodologia de cálculo da revisão técnica.

## 9 – Experiência internacional

Analisou-se como referências internacionais os mercados de planos de saúde privados dos Estados Unidos e da Austrália. Ambos foram estudados quando da definição da política de reajuste dos planos individuais (RN 441/2018).

### 9.1 – Estados Unidos

Os Estados Unidos possuem população de 334,9 milhões de habitantes (Banco Mundial, 2023).

O país não possui um sistema de saúde público e universal e existem seis programas de saúde, sendo três estritamente públicos; dois mistos e um estritamente privado.

Os sistemas públicos são o *Medicaid* (voltado para a população de baixa renda), o *Medicare* (voltado para a população idosa) e o *Veterans Affairs* (militares aposentados).

São considerados sistemas mistos as Clínicas Populares e de Caridade e os Atendimentos Emergenciais Subsidiados.

Aproximadamente 65% da população norte americana possui planos de saúde privados, que estão estruturados em quatro tipos de operadoras<sup>5</sup>:

- *HMO - Health Maintenance Organizations*: tipo de seguro saúde que limita a cobertura a rede própria ou contratada (exceto emergência), podendo exigir que os segurados residam ou trabalhem na área de cobertura do plano. Geralmente oferecem cuidado integrado, com programas de promoção da saúde e prevenção de doenças.
- *EPO - Exclusive Provider Organization*: modalidade em que os serviços são cobertos apenas quando utilizados médicos, especialistas ou hospitais da rede própria
- *PPO- Preferred Provider Organization*: modalidade que permite acesso as profissionais fora da rede assistencial por um custo adicional
- *POS - Point of Service (POS)*: planos que exigem a consulta com um médico primário, antes da consulta ao especialista

Um dos principais marcos regulatórios federais para o setor de planos de saúde americano é o *Affordable Care Act (ACA)*, aprovado em 2010, que teve como objetivo diminuir as barreiras de acesso da população aos planos de saúde.

Com o ACA, o Estado regulou o sistema privado de saúde nos Estados Unidos, principalmente nas áreas de entrada de novos beneficiários, ajustes de preços e rol mínimo de cobertura.

A regulação é realizada por agências reguladoras estaduais e em âmbito federal pelo Ministério da Saúde e Serviços Humanos (*Department of Health and Human Services – HHS*) através da *Centers for Medicare & Medicaid Services – CMS*.

Em relação à regulação de preços e reajustes, dois aspectos se destacam:

---

<sup>5</sup> Vide: <https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/plan-types/>



- a) A vinculação do valor das mensalidades a limites mínimos de sinistralidade; e
- b) A necessidade de autorização de reajustes acima de 15% para contratos individuais e pequenos grupos.

### 9.1.1 – Limites mínimos de sinistralidade

O *Affordable Care Act* estabelece que apólices individuais e pequenas (até 50 vidas) devem apresentar sinistralidade mínima de 80% e as apólices maiores, pelo menos, 85%. Caso a Operadora não atinja esses limites, os beneficiários devem receber desconto em suas mensalidades.

#### *80/20 Rule*

*The 80/20 Rule generally requires insurance companies to spend at least 80% of the money they take in from premiums on health care costs and quality improvement activities. The other 20% can go to administrative, overhead, and marketing costs.*

*The 80/20 rule is sometimes known as Medical Loss Ratio, or MLR. If an insurance company uses 80 cents out of every premium dollar to pay for your medical claims and activities that improve the quality of care, the company has a Medical Loss Ratio of 80%.*

*Insurance companies selling to large groups (usually more than 50 employees) must spend at least 85% of premiums on care and quality improvement.*

*If your insurance company doesn't meet these requirements, you'll get a rebate on part of the premium that you paid.*

Fonte: <https://www.healthcare.gov/health-care-law-protections/rate-review/>

Uma das alternativas regulatórias em estudo para o mercado de contratos coletivos brasileiro é o estabelecimento de uma sinistralidade mínima para contratos que estabeleçam tal indicador como referência de reajuste.

### 9.1.2 – Autorização de reajustes (Rate review)

A Agência *Centers for Medicare & Medicaid Services - CMS* realiza a revisão, em parceria com os estados, de solicitações de reajuste superiores a 15% (anteriormente, 10%) em apólices individuais ou de pequenos grupos.

*The Affordable Care Act (ACA) brought an unprecedented level of scrutiny and transparency to health insurance rate increases. The ACA ensures that any proposed rate increase of 15% or more by an insurer in the individual or small group market will be scrutinized by independent experts to make sure it is justified. This analysis will help moderate premium hikes and lower costs for individuals, families, and businesses that buy insurance in these markets. Additionally, insurers must provide easy to understand information to their customers about their reasons for rate increases above a certain amount, as well as publicly justify and post on their website any unreasonable rate increases. These steps allow consumers to know why they are paying higher rates*

Fonte: [https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Fact-Sheets-and-FAQs/rate\\_review\\_fact\\_sheet](https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Fact-Sheets-and-FAQs/rate_review_fact_sheet)

Três formulários compõem as análises:

- Parte I: Um formulário que resume os dados usados utilizados para determinar os aumentos de prêmios para todo o grupo de risco;
- Parte II: Uma narrativa descrevendo os dados fornecidos na Parte I para qualquer produto dentro do conjunto de risco que tenham aumentos de prêmios sujeitos a revisão; e

- Parte III-Memorando Atuarial: documentação para compreender as premissas, justificativas e metodologias atuariais usadas para cumprir as regras de classificação de mercado e para completar o modelo da Parte I

Além da análise pela CMS, é exigido que um resumo das solicitações e os resultados da revisão dos prêmios sejam disponibilizados ao público em um formato compreensível<sup>6</sup>.

Nota-se que a regulação americana considera que contratos individuais e pequenas apólices coletivas estão mais sujeitos a reajustes elevados, levando o regulador a atuar na revisão de prêmios.

## 9.2 - Austrália

A Austrália é um país com população de 26,6 milhões de habitantes (Banco Mundial, 2023).

O sistema de saúde australiano é misto, com participação pública e privada. O principal financiador dos cuidados de atenção básica é o Medicare, disponibilizando cobertura universal de saúde à população australiana. No entanto, o Medicare não cobre cuidados dentários, oftalmológicos, próteses médicas ou medicação. Assim, o mercado de seguro saúde privado oferece cobertura para despesas médicas além do que é coberto pelo sistema público, além de oferecer a possibilidade de escolha entre médicos e hospitais.

Cerca de 55% da população australiana possui algum tipo de seguro de saúde privado (*Australian Competition & Consumer Commission, 2023*).

A regulação é realizada pelo Ministério da Saúde e Assistência ao Idoso (*Department of Health and Aged Care*) e pela Autoridade Australiana de Regulação Prudencial (*The Australian Prudential Regulation Authority – APRA*).

O mercado é segmentado com base no tipo de cobertura, categoria de plano de saúde/níveis de metal, tipo de provedor e canal de distribuição.

- Quanto ao tipo de cobertura: cobertura hospitalar; ambulatorial/serviços adicionais; ambulatorial/serviços adicionais +hospitalar; e serviços de remoção.
- Com base na categoria/níveis de metal do plano de saúde, o mercado de seguro saúde privado da Austrália é segmentado em bronze, prata, ouro platina, entre outros.
- Com base no tipo de provedor, o mercado de seguro saúde privado da Austrália é segmentado em organizações de manutenção de saúde (HMOS), organizações de provedores preferenciais (PPOS), organizações de provedores exclusivos (EPOS), planos de ponto de serviço (POS), planos de alta franquia planos de saúde (HDHPS) e outros.
- Com base no canal de distribuição, o mercado de seguros de saúde privados da Austrália é segmentado em companhias de seguros diretos, agregadores de seguros, entre outros.

As regras de funcionamento dos seguros privados da Austrália estão definidas no *Private Health Insurance Act 2007*. A Lei estabelece desde esquema de incentivos para adesão de cidadãos ao sistema

---

<sup>6</sup> Vide: <https://ratereview.healthcare.gov/>

de saúde privado em idades mais jovens, regras de funcionamento dos produtos, reajuste de prêmios até o monitoramento das operadoras.

A Lei prevê que a seguradora deve submeter a solicitação de reajuste dos prêmios ao Ministério de Saúde e Assistência ao Idoso (*Department of Health and Aged Care*), através de envio de formulários pré-definidos e com pelo menos 60 dias antes da data pretendida para alteração dos prêmios. As solicitações são analisadas em conjunto com a Autoridade Australiana de Regulação Prudencial (*The Australian Prudential Regulation Authority – APRA*).

Os reajustes são analisados por produtos e subgrupos de produtos:

*Private Health Insurance Act 2007*

(...)

*66-10 Minister's approval of premiums*

*(1) A private health insurer that proposes to change the premiums charged under a \*complying health insurance product must apply to the Minister for approval of the change:*

*(a) in the \*approved form; and*

*(b) at least 60 days before the day on which the insurer proposes the change to take effect.*

*(2) The application may propose different changes for policies in the \*product, but the proposed changed amount must be the same for each policy in the product that belongs to the same \*product subgroup.*

*(3) The Minister must, by written instrument, approve the proposed changed amount or amounts, unless the Minister is satisfied that a change that would increase the amount or amounts would be contrary to the public interest.*

Fonte: <https://www.legislation.gov.au/C2007A00031/2019-12-13/text>

*Private Health Insurance Act 2007*

*63-5 Meaning of complying health insurance product*

*(1) A complying health insurance product is a \*product made up of \*complying health insurance policies.*

*(2) A product is all the insurance policies issued by a private health insurer:*

*(a) that \*cover the same treatments; and*

*(b) that provide benefits that are worked out in the same way; and*

*(c) whose other terms and conditions are the same as each other.*

*(2A) A product subgroup, of a \*product, is all the insurance policies in the product:*

*(a) under which the addresses of the people insured, as known to the private health insurer, are located in the same \*risk equalisation jurisdiction; and*

*(b) under which the same kind of insured group (within the meaning of the Private Health Insurance (Complying Product) Rules) is insured.*

Fonte: <https://www.legislation.gov.au/C2007A00031/2019-12-13/text>

Os subgrupos de produtos são definidos como o conjunto que:

- (a) oferece o mesmo tipo de cobertura (hospitalar; ambulatorial/serviços adicionais; ambulatorial/serviços adicionais + hospitalar; e serviços de remoção);

- (b) é composto por segurados residentes na mesma jurisdição de equalização de risco<sup>7</sup> (cada estado australiano e territórios); e
- (c) é composto por pessoas do mesmo grupo segurado (individual, casais, famílias, crianças, famílias monoparentais, famílias estendidas - avós, tios, outros parentes).

As proposições são encaminhadas através de quatro formulários que incluem informações cadastrais, econômicas e atuariais dos produtos, além de informações financeiras (Figura 15).

Figura 15. Cabeçalho do formulário de descrição do produto em processo de revisão do prêmio na Austrália

Template A - Product Information - 2024 Premium Round - Protected information under PHI Act 2007 when completed															
Insurer Name: Test Insurer															
Insurer	State	Product Code (PHIS id)	Product name as at 1 April 2024	Product status as at 1 April 2024	Product coverage	Hospital category as at 1 April 2024	Insured group	Annual excess as at 1 April 2024	ANNUAL CO-PAYMENTS as at 1 April 2024	2023 Monthly premium (\$) for products existing on 30 September 2023 only (Leave blank for new products commencing on 1 April 2024)	2024 Monthly premium (\$) as at 1 April 2024 - for all products (new and existing)	Total number of people covered by this product as at 30 September 2023 (Leave blank for new products commencing on 1 April 2024)	Total number of policies covered by this product as at 30 September 2023	Average age-based discount conversion factor 2023	Average age-based discount conversion factor 2024

Fonte: <https://www.health.gov.au/resources/publications/phi-6724-attachments-2025-private-health-insurance-premium-application-form-and-templates>

Algumas companhias atendem a um público delimitado (*restricted insurers*), em um modelo que se assemelha ao de Autogestões no Brasil. Além disso, seguradoras podem oferecer apólices adaptadas a empresas ou organizações específicas. Em ambos os casos, a alteração dos prêmios também necessita ser aprovada.

A análise do modelo australiano possibilita comparar duas características em relação modelo brasileiro de regulação de reajustes: (a) na definição dos agrupamentos; e (b) no modelo de monitoramento de reajustes.

### 9.2.1 – Definição de Agrupamentos

Na Austrália, as solicitações de reajuste dos contratos são analisadas em subgrupos formados pela combinação entre região de risco, tipo de cobertura e grupo segurado.

Já no Brasil, os reajustes de contratos coletivos são monitorados em agrupamentos por quantidade de vínculos, mas a regulamentação possibilita a combinação entre quantidade de vínculos e segmentação assistencial.

- (a) Agrupamento único por quantidade de vínculos/ Agrupamento por quantidade de vínculos e segmentação assistencial: quando o contrato possuir até 29 vínculos (27% dos beneficiários em contratos coletivos).
- (b) Contrato/apólice: quando o contrato possuir ao menos 30 vínculos (73% dos beneficiários em contratos coletivos).

<sup>7</sup> A equalização de riscos é um sistema que redistribui fundos das seguradoras que pagam benefícios inferiores à média para aquelas que pagam benefícios superiores à média. O Fundo Fiduciário de Equalização de Risco é administrado pela APRA.

A presente revisão regulatória propõe a ampliação da parcela de contratos agrupados, elevando sua representatividade de 27% para 60 % dos beneficiários (vide seção 2.2 - Agrupamento de Contratos).

### **9.2.2 – Autorização de reajustes (*Annual Premium Round*)**

Na Austrália, cada companhia deve submeter sua solicitação de reajuste ao órgão regulador. Já no Brasil, os reajustes dos contratos coletivos são monitorados, através da comunicação dos reajustes aplicados à ANS. Esses reajustes devem seguir parâmetros contratuais e negociações estabelecidas entre a Operadora e a Pessoa Jurídica Contratante.

De acordo com dados do *Department of Health and Aged Care*, em 2024, 30 operadoras de seguro saúde submeteram solicitação de reajuste ao órgão regulador australiano.

No Brasil, dados do Painel de Reajustes de Planos Coletivos, informam 623 operadoras com comunicados de reajustes em planos coletivos no ano de 2023.

As características do mercado de planos de saúde coletivos brasileiro reforçam o modelo de monitoramento adotado pela ANS. Adicionalmente, a implementação de um modelo de autorização de reajustes similar ao da regulação australiana traria custos regulatórios elevados, dado o número de operadoras de planos de saúde no Brasil.

## **10 – Projetos Legislativos**

Durante os últimos anos a ANS recebeu dezenas de projetos de lei com o objetivo de alterar as regras sobre reajustes de planos coletivos, regras de rescisão e outras medidas com o objetivo de controlar os reajustes aplicados e as interrupções de assistência médica sem justificativas. Atualmente, a ANS está acompanhando 45 projetos de lei que tratam sobre reajuste de planos coletivos (42 na Câmara dos Deputados e 03 no Senado Federal).

A ANS sempre defendeu que saúde suplementar é um mercado com características muito específicas e a ANS permanece atenta à evolução deste mercado e pronta para promover intervenções sempre a partir de discussões com os representantes das principais categorias do setor, sejam operadoras, beneficiários ou prestadores ou o público em geral. E que iniciativas no sentido do aprimoramento da regulação precisam ser precedidas de estudos técnicos baseados em informações precisas e dados concretos, isenção institucional, além da referida ampla discussão com o setor.

A área técnica compreende que a postergação da implementação de medidas nesse sentido, pela ANS, tornará inevitável que outros atores continuem apresentado projetos e em algum momento tenham sucesso.

## **11 – Riscos**

As revisões regulatórias em discussão abordam cláusulas de reajuste, agrupamento e rescisão contratual em contratos coletivos. Resumidamente, a revisão dessas regras busca aumentar a transparência no reajustamento de contratos coletivos, reduzir a variabilidade dos índices aplicados, mitigar a adoção de práticas que visem a exclusão de beneficiários que oferecem maior risco de cobertura assistencial (seleção de risco) e promover a continuidade sustentável dos contratos.

Vislumbra-se como principais riscos após a implementação das medidas: um aumento no nível de preços e uma maior discriminação nos preços de contratação.

O aumento no nível de preços pode ocorrer tanto pela perspectiva do aumento da longevidade dos contratos (limitando a reprecificação dos riscos) como pelo aumento do poder de negociação das pessoas jurídicas contratantes no momento do reajuste (devido ao aumento do porte dos agrupamentos e maior uniformidade nas cláusulas).

Vale ressaltar que o aumento no nível de preços deverá contribuir para uma menor variabilidade de reajustes - um dos efeitos esperados com a revisão regulatória.

Já a discriminação de preços, que se traduz na cobrança de preços diferentes a grupos diferentes de consumidores pode se ampliar como resposta às maiores limitações a diferenciação de reajustes por contratos (novamente, em razão do aumento do tamanho dos agrupamentos).

Por sua vez, a não revisão de regras traz como riscos uma crescente precarização dos vínculos, continuidade na alta variabilidade dos reajustes e situações de seleção de risco praticadas em rescisões contratuais imotivadas. Também deve-se pontuar a possibilidade de um aumento da judicialização e de questionamentos sobre a atuação da ANS na regulação desses temas.

## 12 – Da comparação entre alternativas

Para análise das alternativas regulatórias foi utilizada a Análise Multicritério.

Essa metodologia permite incorporar à análise aspectos cujos impactos são de difícil monetização. Um exemplo é avaliação de quanto cada escolha impactaria no aumento da transparência e na redução de assimetrias, eixo fundamental da revisão normativa em discussão. Os critérios utilizados estão listados na Tabela 5 a seguir.

Tabela 5. Quesitos avaliados na análise multicritério

Quesitos da análise multicritério
1.1) A sustentabilidade econômica das OPS pode ser afetada com a medida?
1.2) São identificados impactos que afetariam a precificação?
1.3) São identificados aspectos que impactariam a seleção adversa das OPS?
1.4) A medida proposta afeta de forma isonômica os diferentes arranjos de OPS ex: modalidade, verticalização, porte, regionalização?
1.5) A medida proposta pode afetar a demanda por planos no setor?
1.6) Os prestadores de serviços de saúde podem ser afetados: positivamente/negativamente?
1.7) O modelo de negócio pode ser afetado pela medida?
1.8) Existe potencial para modificar os aspectos concorrenciais?
2.1) A medida proposta prevê algum tipo de aferição da sua efetividade:
2.2) A medida proposta pode gerar impactos na qualidade de vida dos beneficiários:
2.3) É possível realizar o acompanhamento de informações que apontem os resultados da implementação da proposta?
3.1) A medida proposta pode impactar o acesso dos beneficiários de planos de saúde aos serviços de atenção à saúde?

### Quesitos da análise multicritério

- 3.2 A medida proposta pode impactar a qualidade dos serviços de atenção à saúde prestados aos beneficiários em curto prazo?
- 3.3 A medida proposta pode gerar, por parte da operadora, a adoção de mecanismos de regulação?
- 3.4 A medida proposta pode induzir à alteração da relação Operadoras/Prestadores?
- 3.5 A medida proposta pode induzir à alteração da relação Operadoras/Beneficiários?
- 3.6 A medida proposta pode induzir à alteração da relação Prestadores/Beneficiários?
- 4.1 A participação social está garantida na elaboração da proposta regulatória?
- 4.2 A medida proposta está escrita de maneira clara para o público-alvo?
- 4.3 Os prazos estão descritos de maneira explícita?
- 4.4 A medida proposta contribui para a melhoria da qualidade da informação prestada à ANS?
- 4.5 A medida proposta contribui para a diminuição da assimetria de informação no setor?
- 4.6 A medida proposta contribui para a melhoria da tempestividade e qualidade da informação prestada aos beneficiários?
- 4.7 A medida está conforme as demais regulamentações anteriormente produzidas?
- 5.1 A medida proposta demanda aumento de despesas com infraestrutura – espaço físico, mobiliário, novos equipamentos, necessidade de novos investimentos por parte da ANS?
- 5.2 A medida proposta demanda despesas com pessoal; passagens e diárias; eventos; capacitação; nova contratação de consultoria/empresa de pesquisa ou alteração no TR relativo à contratação, especialmente da Central de Relacionamento da ANS?
- 5.3 A medida proposta demanda o desenvolvimento ou manutenção evolutiva de novos sistemas de informação?
- 5.4 A medida proposta demanda o desenvolvimento de um novo serviço; criação de um novo processo de trabalho/aumento no volume dos processos de trabalho, alterações nos processos de trabalho, especialmente os processos de monitoramento, intermediação e fiscalização?
- 5.5 A medida proposta demanda capacitação da equipe e treinamento ofertado às operadoras; estratégia de comunicação?
- 5.6 A medida proposta pode influenciar os custos das medidas administrativas: suspensões, portabilidade e regimes especiais?

O resumo dos resultados da análise é apresentado nas três tabelas a seguir:

Tabela 6. Resultados de análise multicritério sobre Reajuste Coletivo

CRITÉRIOS PARA A ANÁLISE INTERMEDIÁRIA	PONTUAÇÃO GERAL			
	(1) Não fazer nada	(2) Metodologia padrão baseada em "índice de preços (+) sinistralidade de referência"	(3) Definir parâmetros obrigatórios para definição das cláusulas de reajuste	(4) Metodologia padrão baseada em variação de custos
1. EFICIÊNCIA	80	65	75	50
2. EFETIVIDADE	63	77	77	77
3. EQUIDADE	63	77	77	77
4. TRANSPARÊNCIA	50	79	79	67
5. RAZOABILIDADE	83	83	83	83
TOTAL GERAL	340	380	390	354
MÉDIA GERAL	68	76	78	71
% DA PONTUAÇÃO MÁXIMA	75,56%	84,50%	86,72%	78,62%
ORDEM PARA SELEÇÃO GERAL DAS ALTERNATIVAS (CRESCENTE)	4	2	1	3

Tabela 7. Resultados de análise multicritério sobre Agrupamento de Contratos

CRITÉRIOS PARA A ANÁLISE INTERMEDIÁRIA	PONTUAÇÃO GERAL		
	(1) Não fazer nada	(2) Incluir toda a carteira coletiva por adesão na regra de agrupamento	(3) Incluir coletivos empresariais com menos de 1000 vidas e toda a carteira coletiva por adesão na regra de agrupamento.
1. EFICIÊNCIA	80	75	75
2. EFETIVIDADE	63	63	77
3. EQUIDADE	63	70	70
4. TRANSPARÊNCIA	56	79	84
5. RAZOABILIDADE	90	90	90
TOTAL GERAL	352	377	396
MÉDIA GERAL	70	75	79
% DA PONTUAÇÃO MÁXIMA	78,31%	83,76%	87,99%
ORDEM PARA SELEÇÃO GERAL DAS ALTERNATIVAS (CRESCENTE)	3	2	1



Tabela 8. Resultados de análise multicritério sobre Rescisão Contratual

CRITÉRIOS PARA A ANÁLISE INTERMEDIÁRIA	PONTUAÇÃO GERAL	
	(1) Não fazer nada	(2) Igualar a regra de rescisão de contratos coletivos à regra de rescisão de "contratos MEI"
1. EFICIÊNCIA	60	75
2. EFETIVIDADE	37	77
3. EQUIDADE	43	50
4. TRANSPARÊNCIA	50	67
5. RAZOABILIDADE	90	90
TOTAL GERAL	280	359
MÉDIA GERAL	56	72
% DA PONTUAÇÃO MÁXIMA	62,22%	79,74%
ORDEM PARA SELEÇÃO GERAL DAS ALTERNATIVAS (CRESCENTE)	2	1

Os resultados indicaram as seguintes escolhas:

- Definir parâmetros para cláusulas de reajuste com o valor mínimo de sinistralidade e tipos de índices.
- Incluir contratos coletivos empresariais com menos de 1.000 vidas e toda a carteira coletiva por adesão na regra de agrupamento;
- Igualar as regras de rescisão dos demais contratos coletivos com as regras estabelecidas para os contratos firmados com Empresário Individual.

### 13 – Da implementação e posterior monitoramento

A implementação das medidas ocorrerá por meio de alterações nas resoluções normativas que tratam dos respectivos temas.

As alterações deverão prever *vacatio legis* a fim de possibilitar um período de adaptação de Operadoras e contratos às novas regras.

Um parâmetro para o estabelecimento da *vacatio legis* é a Resolução Normativa nº 309 de 24 de outubro de 2012 (agrupamento de contratos). A resolução (já substituída pela RN 565/22) entrou em vigor na data da sua publicação, mas estabeleceu prazo de 180 dias (30 de abril de 2013) para que as operadoras realizassem as alterações contratuais necessárias.

Porém, conforme preconiza o Guia Orientativo para elaboração de ARR da Casal Civil, a decisão da Diretoria Colegiada da ANS sobre as revisões normativas e sua *vacatio* deve ocorrer somente após a realização de nova Consulta Pública sobre o tema (Figura 16).

Figura 16. Ciclo Regulatório - Guia Orientativo para elaboração de ARR, Casa Civil 2022



Essa segunda etapa de participação social mostra-se relevante, conforme a experiência que precedeu a Resolução Normativa nº 441 (critérios de reajuste para os planos individuais). Naquela ocasião, a minuta de ato normativo foi objeto de análises complementares e alterações, após a realização das audiências públicas nº 10 e nº 13.

Quanto às formas de monitoramento, o Sistema de Reajuste de Planos Coletivos – RPC/ANS será a principal fonte de avaliação, com dados sobre reajustes aplicados, sua amplitude e variabilidade. As medidas referentes à rescisão contratual também poderão ser avaliadas indiretamente pelo RPC/ANS, através da apuração da quantidade de comunicados para um mesmo contrato ao longo dos anos. Outras formas de monitoramento serão as Visitas Técnicas de Monitoramento Econômico-Financeiro e Atuarial dos Produtos (Instrução Normativa ANS nº 04/2022). O agrupamento de contratos já é objeto de monitoramento anual específico<sup>8</sup>. O limite mínimo de 75% para cálculo de reajuste por meta de sinistralidade poderá ser revisto de acordo com a dinâmica do setor.

Em todos os casos, a avaliação da efetividade da regulamentação deverá exigir um período mínimo entre três e quatro anos.

#### 14 - Conclusão e prazos máximos

Encaminha-se o presente RAIR e minuta de norma para apreciação da Diretoria Colegiada da ANS, com sugestão de abertura de participação social – Consulta e Audiência Públicas específicas sobre esse tema.

Os prazos serão definidos após a realização da participação social sobre o tema.

<sup>8</sup> Vide <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade/reajuste-anual-de-planos-coletivos>

## Referências

- Casa Civil da Presidência da República (2018). Metodologias de análise de alternativas em AIR. Guia orientativo para elaboração da Análise de Impacto Regulatório - AIR (pp. 54–56). Brasília: Presidência da República. Disponível em: <[https://www.gov.br/mdic/pt-br/assuntos/reg/boas-praticas-regulatorias/guias-e-manuais/outros\\_guias\\_e\\_manuais/arquivos/diretrizes-gerais-e-guia-orientativo\\_final\\_27-09.pdf/view](https://www.gov.br/mdic/pt-br/assuntos/reg/boas-praticas-regulatorias/guias-e-manuais/outros_guias_e_manuais/arquivos/diretrizes-gerais-e-guia-orientativo_final_27-09.pdf/view)>. Acesso em 18/10/ 2024.
- Data Bridge Market Research. Mercado de seguros de saúde privados da Austrália – Tendências do setor e previsão para 2029. Disponível em: <<https://www.databridgemarketresearch.com/pt/reports/australia-private-health-insurance-market>>. Acesso em 02.12.2024
- Department of Health and Aged Care. Apply to increase private health insurance premiums. Disponível em: <<https://www.health.gov.au/topics/private-health-insurance/operating-rules-for-private-health-insurers-and-providers/apply-to-increase-private-health-insurance-premiums>>. Acesso em 02.12.2024
- \_\_\_\_\_. Operating-rules-for-private-health-insurers-and-providers. Disponível em: <<https://www.health.gov.au/topics/private-health-insurance/operating-rules-for-private-health-insurers-and-providers/apply-to-increase-private-health-insurance-premiums>>. Acesso em 02.12.2024
- Faculdade do Guarujá. O sistema de saúde americano e seus aspectos jurídicos. Edição 19 junho 2020. Disponível em: <[https://uniesp.edu.br/sites/\\_biblioteca/revistas/20200522114101.pdf](https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20200522114101.pdf)>. Acesso em 02.12.2024
- Federal Register of Legislation. Private Health Insurance Act 2007. Disponível em: <<https://www.legislation.gov.au/C2007A00031/2019-12-13/text>>. Acesso em 02.12.2024.
- Folha de São Paulo. Austrália avança em saúde misturando modelos público e privado. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2017/03/1872367-australia-avanca-em-saude-misturando-modelos-publico-e-privado.shtml>>. Acesso em 02.12.2024
- The Australian Prudential Regulation Authority. Legislation and Rules for private health insurers. Disponível em: <<https://www.apra.gov.au/legislation-and-rules-for-private-health-insurers>>. Acesso em 02.12.2024
- U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. Health insurance rights & protections. Disponível em: <<https://www.healthcare.gov/health-care-law-protections/rate-review/>>. Acesso em 02.12.2024
- U.S. Dept. of Health & Human Services. Review of Insurance Rates. Disponível em: <<https://www.hhs.gov/guidance/document/review-insurance-rates>>. Acesso em 02.12.2024