

**PROCESSO Nº: 33910.020858/2024-62**

**EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS Nº: 2/2024/DIPRO**

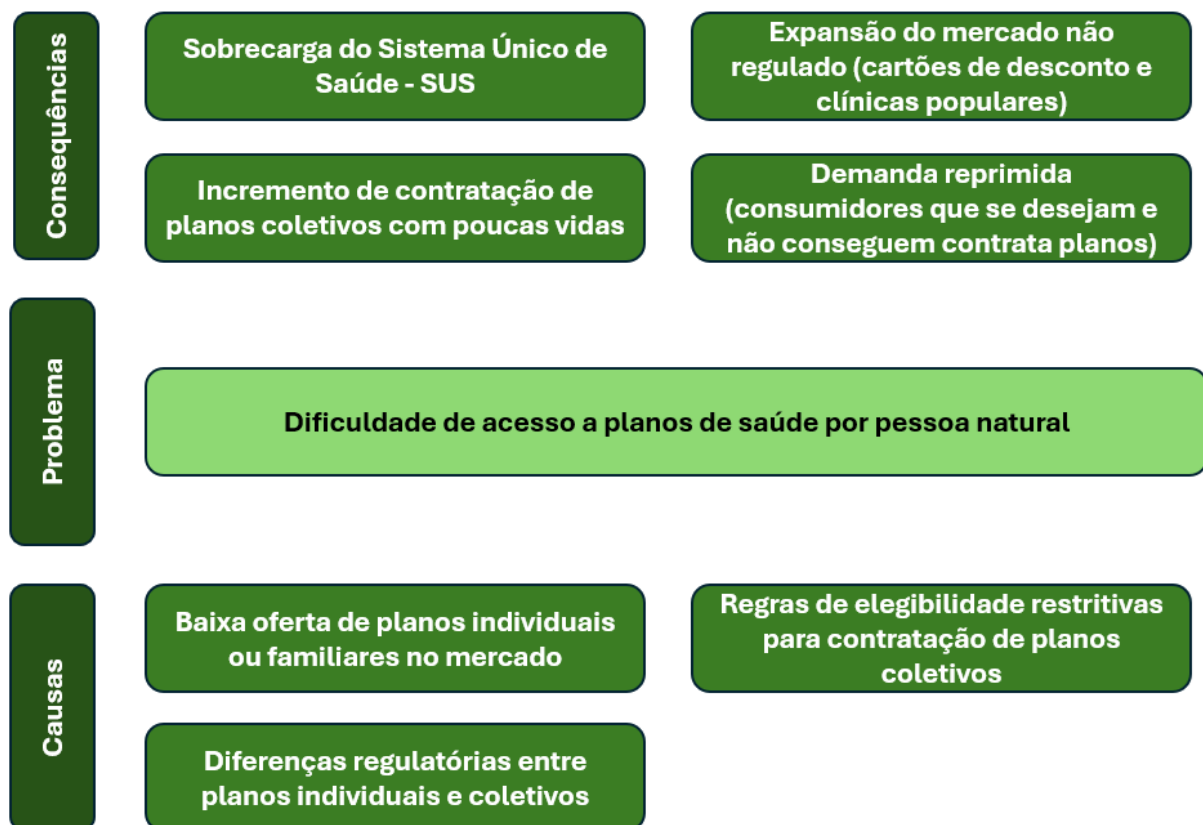
Rio de Janeiro, 29 de janeiro de 2025.

**1. ASSUNTO**

A presente proposta versa sobre o Projeto Piloto denominado “Plano para consultas médicas estritamente eletivas e exames” que tem como objetivo a simplificação e ampliação do acesso de planos de saúde pelos consumidores e que deverá se desenvolver em Ambiente Regulatório Experimental (*Sandbox* Regulatório - SBR). Para tanto serão flexibilizadas algumas normas atualmente vigentes no ordenamento jurídico setorial, apenas para as entidades que vierem a aderir ao SBR.

**2. RELATÓRIO**

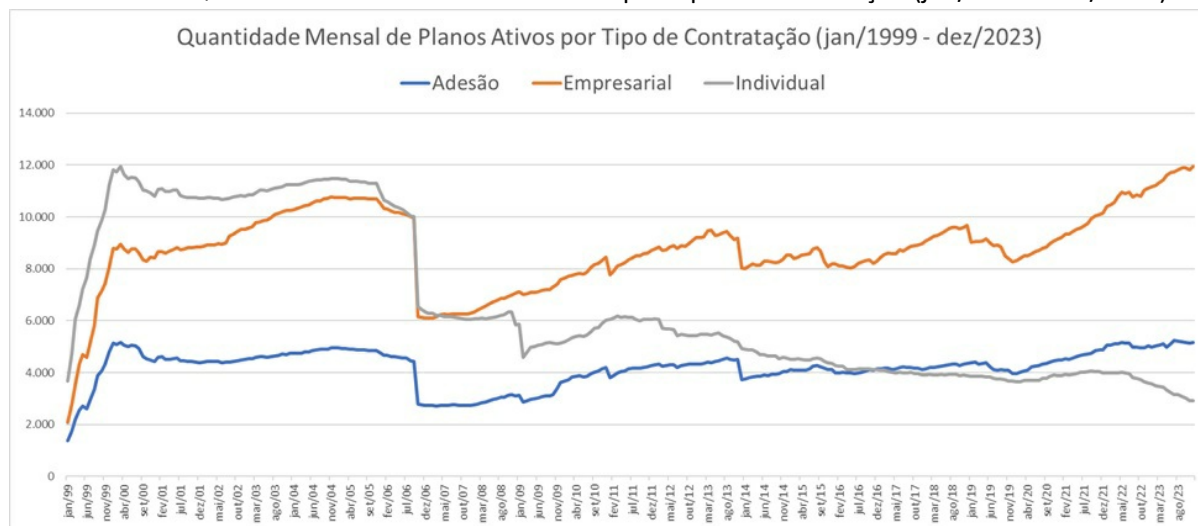
Ao longo dos últimos anos, tem-se constatado por parte da ANS de que houve uma redução substancial da oferta de planos de contratação Individual ou Familiar no mercado de saúde suplementar, principalmente, por operadoras de grande porte. Se associarmos a escassez de planos de contratação Individual ou familiar com a obrigatoriedade de se possuir vínculo com uma pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária ou com caráter profissional, classista ou setorial para aderir a um plano coletivo, concluiremos que os consumidores sem esse tipo de vínculo com pessoas jurídicas, como, p.ex., trabalhadores informais, desempregados e idosos, terão muita dificuldade para ingressar em um plano de saúde. Portanto, o problema que se coloca é a dificuldade de acesso a planos de saúde por pessoas naturais. Pressupõe-se que esse problema foi provocado, sobretudo, por dois fatores: escassa oferta de planos de contratação individual ou familiar no mercado; e regras de elegibilidade mais restritivas para a contratação de planos coletivos.



Foi identificado que o problema central a ser analisado é a dificuldade de acesso a planos de saúde por pessoas naturais, que, se pressupõe que seja causada pela baixa oferta de planos de contratação Individual ou familiar, e pelas regras de elegibilidade mais restritivas para a contratação de planos coletivos.

A redução da oferta de planos de contratação Individual ou familiar pode ser verificada pelos dados da evolução mensal da quantidade de planos ativos em comercialização no mercado de saúde suplementar de acordo com o tipo de contratação. O Gráfico 1, a seguir, mostra a quantidade mensal de planos ativos por tipo de contratação, no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2023.

Gráfico 1 – Quantidade Mensal de Planos Ativos por Tipo de Contratação (jan/1999 - dez/2023)



Fonte: RPS – fev/2024

Verifica-se, a partir do Gráfico 1, que até o mês de novembro de 2006 os planos de contratação Individual ou Familiar eram maioria no mercado, tendo sido ultrapassados em quantidade pelos planos coletivos empresariais em dezembro de 2006.

Em agosto de 2016, é a vez dos planos coletivos por adesão superarem em quantidade os planos Individuais ou Familiares. Dessa forma, a partir de novembro de 2006, os planos de contratação

Individual ou Familiar deixaram de ser maioria e, a partir de agosto de 2016, tornam-se minoria em oferta no mercado.

Portanto, no período estudado de 1999 a 2023, podemos observar que houve um crescimento na comercialização de planos coletivos acompanhada de uma queda de planos ativos de contratação Individual ou Familiar.

O Quadro 1, a seguir, mostra a comparação da quantidade de planos em comercialização em dezembro de 2023 com a oferta de planos em dezembro de 2013.

Quadro 1 – Variação em 10 anos, entre 2013 e 2023, dos Planos Ativos por Tipo de Contratação

Data	Coletivo por Adesão	Coletivo Empresarial	Individual ou Familiar
dez/13	3.734	8.033	4.919
dez/23	5.161	11.953	2.926
Variação	38%	49%	-41%

Fonte: RPS – fev/2024

Verifica-se que em 10 anos houve um aumento de 49% de planos coletivos empresariais, um aumento de 38% de planos coletivos por adesão, e uma redução de 41% de planos individuais ou familiares, conforme demonstrado no Quadro 1.

No que tange ao crescimento dos planos coletivos empresariais, o resultado pode ser atribuído ao crescimento econômico dos últimos 20 anos.

Na Nota Técnica está claro que além de uma redução da oferta de planos de contratação individual ou familiar pelas unidades federativas do Brasil. Além disso, a se evidencia que no Brasil, 8,5% das adesões de novos beneficiários a planos de saúde, no ano de 2023, foram em planos individuais ou familiares. Em 12 estados, o percentual de adesões a planos individuais ou familiares ficou abaixo da média brasileira, chamando atenção os percentuais apresentados no Roraima (0,7%) e no Tocantins (1,0%).

Também chama atenção a pouca presença de beneficiários em planos individuais ou familiares nas unidades federativas. Em 15 estados, o percentual de beneficiários em planos individuais ou familiares está abaixo da média brasileira (17,3%).

A baixa representatividade de beneficiários em planos individuais ou familiares fica ainda mais patente quando examinamos a proporção dos beneficiários em relação à população da respectiva unidade federativa. Quando comparamos a proporção de beneficiários entre os planos individuais e coletivos, constatamos que há uma grande disparidade entre esses dois tipos de contratação em todas as unidades federativas brasileiras, com exceção do Piauí. As diferenças mais expressivas de percentual de beneficiários em planos individuais e coletivos em relação à população estão no Distrito Federal (1,7% / 31,7%), São Paulo (7,2% / 33,5%), Espírito Santo (3,5% / 30%) e Rio de Janeiro (5% / 30,3%).

Outra questão importante a ser analisada refere-se à oferta de planos individuais ou familiares pelas principais operadoras do mercado. Quando as operadoras mais representativas dos municípios deixam de comercializar planos de contratação individual ou familiar, há uma sensação ainda maior de escassez por parte dos beneficiários, que tendem a tomar essas operadoras como referência de qualidade.

Observando a variação de planos por município, verifica-se que de 2022 para 2023 houve um aumento de 29,3% em relação à média de oferta de planos coletivos empresariais por município, enquanto houve uma queda de 20,1% da média de planos individuais/familiares sendo comercializados por município. Essa variação, considerando os 5 últimos anos foi de aumento de 4,1% dos planos empresariais e redução de 24,8% de planos individuais.

Essas informações evidenciam que há cada vez menos planos de contratação individual ou familiar sendo comercializado, considerando a distribuição média por município, e cada vez mais planos

coletivos empresariais disponíveis, dificultando o acesso de pessoas naturais a planos de saúde.

Como cediço, na ausência de planos individuais ou familiares o consumidor somente pode aderir a um contrato de plano coletivo que já esteja firmado por uma pessoa jurídica, desde que mantenha vínculo com esta pessoa jurídica contratante, atendendo imprescindivelmente aos critérios de elegibilidade dispostos no art. 5º (coletivos empresariais) ou no art. 9º (coletivos por adesão) da RN nº 557, de 2022 ou a contratação de plano coletivo empresarial por uma pessoa natural que seja um empresário individual, conforme regulamentado pela RN nº 557, de 2022. Para ter direito à contratação do plano, o empresário individual deverá apresentar documento que confirme a sua inscrição nos órgãos competentes pelo período mínimo de seis meses, bem como a sua regularidade cadastral no aniversário do contrato.

Ocorre que as proteções ao consumidor são mais amplas nos contratos individuais ou familiares, já que a Lei nº 9.656, de 1998 determina que os planos de contratação individual ou familiar têm rescisão unilateral vedada, à exceção das hipóteses de fraude e inadimplência superior a sessenta dias, enquanto que nos planos coletivos é permitida a rescisão unilateral pelas operadoras.

No mesmo sentido, a RN nº 565, de 2022 estabelece que, para os planos individuais ou familiares, o reajuste anual por variação de custo é determinado pela ANS, enquanto que nos contratos coletivos o reajuste é de livre negociação entre as partes.

Verifica-se, portanto, que há uma maior intervenção legal e regulatória sobre os planos de contratação individual ou familiar, enquanto que há menos interferência da ANS nos planos coletivos, mormente sobre os contratos empresariais com mais de 30 vidas.

A vedação à rescisão unilateral pela operadora e a definição do reajuste anual pela ANS foram medidas adotadas pelo órgão regulador e pelo legislador para proteger o beneficiário que contrata individualmente um plano de saúde para si e sua família. O legislador não estendeu essas proteções às pessoas jurídicas, pois entendeu que esses contratantes possuem um poder de barganha maior na negociação por melhores condições de preço e reajuste junto às operadoras. Contratos coletivos com poucas vidas, no entanto, não possuem o poder de barganha inerente a grandes empresas e ao mesmo tempo não estão protegidos pela vedação à rescisão unilateral pela operadora e pela definição do reajuste anual pela ANS.

Apesar de existir uma diferença considerável entre os preços dos planos individuais e coletivos, mas que essa diferença vem caindo nos últimos anos.

Como os planos coletivos têm o reajuste estabelecido através da livre negociação entre pessoa jurídica contratante e operadora, e, ainda, diante da possibilidade de os contratos serem rescindidos unilateralmente pelas operadoras, eles são comercializados com preços mais baixos do que os planos individuais ou familiares e, por conseguinte, se tornam mais atraentes ao consumidor que pode aderir a um contrato de plano coletivo.

Por outro lado, a diferença dos preços vem se reduzindo, provavelmente, pela baixa oferta de planos individuais ou familiares que faz com que os planos coletivos se tornem hegemônicos, sem concorrentes, e seus preços se elevem devido à baixa competitividade.

Constata-se, pelas informações já apresentadas, que a redução da comercialização de planos de contratação individual ou familiar pode estar associada ao fato de uma maior intervenção regulatória sobre estes, em comparação à dos planos coletivos. Assim, os planos coletivos se tornaram mais atraentes às operadoras, que tendem a substituir a comercialização de planos individuais ou familiares pelos coletivos.

Como consequência direta da dificuldade de acesso aos planos de saúde temos os consumidores que gostariam e poderiam ter um plano de saúde, mas não o possuem<sup>[1]</sup>. Com isso, essa população que não está assistida pelo sistema de saúde suplementar acaba sobrecarregando os hospitais públicos do Sistema Único de Saúde - SUS ou procurando o mercado não regulado de assistência à saúde, como os cartões descontos e as clínicas populares.

A não comercialização de planos individuais ou familiares associada às regras de

elegibilidade mais restritivas de contratação de planos coletivos faz com que consigam contratar um plano de saúde, em grande parte, os cidadãos em idade economicamente ativa.

Dessa forma, são impedidos de acessar um plano de saúde notadamente os trabalhadores informais, os desempregados e os consumidores idosos, justamente aqueles que necessitam mais urgentemente de assistência à saúde. Verificou-se que os beneficiários nas faixas de idade de 0 a 18 anos; e 59 anos ou mais estão mais presentes nos planos de contratação individual ou familiar, enquanto que os beneficiários em idade economicamente ativa (19 a 58 anos) estão mais concentrados nos planos coletivos.

A proporção de idosos (59 anos ou mais) em planos individuais ou familiares (32%) é mais do que o dobro da proporção desses beneficiários em planos coletivos (12%). A proporção de jovens de 0 a 18 anos é 27% nos planos individuais ou familiares contra 22% nos coletivos. E a proporção de beneficiários em idade economicamente ativa (19 a 58 anos) é de 41% nos individuais ou familiares contra 65% desses beneficiários nos planos coletivos, o que corrobora a tese de seleção de risco.

Decorre ainda da dificuldade de acesso a planos de saúde individual ou familiar, o incremento do número de contratação de planos coletivos com até cinco vidas.

Os dados do RPC apresentados nos Quadro 8 revelam que há uma participação cada vez maior de beneficiários em contratos com menos de 5 vidas, passando de 5% dos beneficiários de planos coletivos em 2014 para 15% em 2023. Ou seja, a proporção de beneficiários em contratos com até 5 vidas triplicou em 9 anos.

Nota-se, portanto, que pela falta de planos individuais, cada vez mais pessoas naturais com registro no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda - CNPJ/MF contratam planos coletivos empresariais.

Por todo o exposto, a ANS verificou que há necessidade de buscar possíveis soluções para o problema da dificuldade de acesso a planos de saúde por pessoas naturais. Essas soluções devem vir dos estudos a serem desenvolvidos pela área técnica da ANS com a participação da sociedade e de todos os atores do setor, em todo o processo de discussão do referido tema, prestigiando-se assim, os princípios da transparência, da publicidade e da isonomia, que devem pautar o atuar da Administração Pública.

#### **CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO.**

Para participar do SBR a operadora de planos de saúde deverá registrar um novo produto, nos moldes do que passamos a transcrever.

Como o próprio tema do SBR indica ("Plano para consultas médicas estritamente eletivas e exames") a base do Ambiente Regulatório Experimental é um Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão, atualmente regulado pela RN nº 557, de 14 de dezembro de 2022 (*Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde e regulamenta a sua contratação, dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual e dispõe sobre os instrumentos de orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde*).

Como cediço, o art. 20, da RN nº 557, de 2022 veda a operadora contratada, excetuada as autogestões, a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários de contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, esta é a primeira regra que se irá suspender no SBR, autorizando as operadoras de planos de saúde a realizarem a cobrança diretamente aos beneficiários e com isso, se pretende que o preço final seja mais baixo para o consumidor reduzindo o custo associado ao lucro da Administradora de Benefícios e simplificando os custos de transação, tornando mais eficaz e direta a contratação.

De outro turno o art. 15, da RN nº 557, de 2022 limita a contratação de planos coletivos por adesão a oferta de cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, explicitando: (1) os conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; (2) sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações; (3) associações profissionais legalmente

constituídas; (4) cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; (5) caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução; e (6) entidades previstas na Lei nº 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985.

Com retirada da restrição às pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial se busca diminuir a dificuldade de acesso a planos de saúde por pessoas naturais, além disso, poderá ser contrato o plano de saúde sem a participação de administradora de benefícios (RN nº 515, de 29 de abril de 2022).

Também será suspenso o disposto no art. 17 da RN nº 557, de 2022, possibilitando a exigência do cumprimento do prazo de carência para todos os beneficiários que ingressarem, independentemente da quantidade de beneficiários contratantes ou do momento em que ingressaram, porém, mantida a obrigatoriedade prevista na RN nº 558, de 14 de dezembro de 2022, referente à declaração do beneficiário a respeito de seu estado de saúde e de possíveis doenças ou lesões preexistentes - DLP.

Seguindo a mesma lógica, os contratos vinculados ao SBR não receberão beneficiários via portabilidade de modo a preservar o Ambiente Regulatório Experimental e análise do seu desenvolvimento.

Para efeito de cálculo e aplicação do percentual de reajuste, este deverá se dar por meio do agrupamento de contratos que estejam participando do SBR, independentemente do número de beneficiários, restando suspenso o inciso II, do art. 36, o *caput* e o § 1º do art. 37, ambos da RN nº 565, de 16 de dezembro de 2022.

As operadoras de planos de saúde participantes do SBR poderão adotar os seguintes mecanismos de regulação previstos na Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 08, de 03 de novembro de 1998: (1) mecanismos de "porta de entrada", direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso; e (2) coparticipação, limitando a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde, referente a realização do procedimento (consultas e exames) em até 30% (trinta por cento) sob pena de configurar fator restritor severo ao acesso aos serviços e desde que o consumidor opte por não seguir o mecanismo de direcionamento indicado pela operadora de planos de saúde participante.

Com essas regras se busca incentivar o uso consciente do plano de saúde pelos beneficiários.

A segmentação assistencial está limitada cobertura ao plano da segmentação referência ou à cobertura na segmentação ambulatorial, hospitalar, com ou sem obstetrícia e suas combinações, não se incluindo o plano odontológico neste primeiro momento, de forma a viabilizar uma análise mais precisa dos impactos positivo e negativos do SBR.

Em razão dos diversos conflitos que têm ocorrido no setor de saúde suplementar optou-se pela vedação à possibilidade de reembolso para o "Plano para consultas médicas estritamente eletivas e exames".

Duas das principais preocupações da ANS é com a qualidade de vida e a saúde do consumidor assim, no SBR cremos que é importante autorizar a possibilidade de concessão de bônus:

(1) para os que participem das linhas de cuidado das operadoras de planos de saúde na forma do que estabelece a RN nº 498, de 30 de março de 2022; e

(2) por permanência, no produto.

A rescisão do contrato celebrado no Ambiente Regulatório Experimental pela operadora somente poderá ocorrer na data de aniversário do contrato, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação e deverá envolver toda a carteira de beneficiários envolvidos no SBR, ficando vedada a rescisão imotivada durante todo o período do SBR.

Não obstante, o beneficiário titular ou dependente, a pedido do titular, poderá solicitar, a

qualquer tempo a rescisão do contrato coletivo por adesão, na forma do que estabelece o art. 11, da RN nº 561, de 15 de dezembro de 2022.

Quando do término do período de dois anos o processo de SBR deve ser encerrado com um relatório final da área de acompanhamento e as operadoras de planos de saúde poderão adotar um dos seguintes comportamentos:

(1) encerrar o SBR com o cancelamento do produto e oferta de portabilidade ou portabilidade extraordinária, conforme decisão da Diretoria Colegiada, para todos os beneficiários, conforme plano de descontinuidade das atividades; ou

(2) prosseguir com a gestão do produto, sem alterar as condições fixadas no edital do SBR, ficando a comercialização suspensa para o ingresso de novos beneficiários.

Importante destacar que todas essas características deverão ser previamente esclarecidas ao consumidor no ato da contratação, inclusive, a temporalidade do contrato.

Por fim, propomos a suspensão dos artigos 22, 23, 24, 58, 91, 107, da RN nº 489, de 29 de março de 2022 (*Dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde*), pelo período de duração do SBR, para as operadoras de planos de saúde que aderirem ao Ambiente Regulatório Experimental e apenas para os "Plano para consultas médicas estritamente eletivas e exames" cadastrados no programa, de modo a evitar conflitos entre o que dispõe o SBR e o ordenamento jurídico setorial carreando maior segurança jurídica para os participantes do SBR.

### **3. INSTRUMENTO NORMATIVO ADOTADO**

Importante destacar que a opção por uma resolução normativa decorre da necessidade de suspensão de atos normativos publicado pela ANS para viabilizar o experimento, bem como para atender ao disposto na Resolução Regimental - RR nº 21, de 26 de janeiro de 2022 (Regimento Interno da ANS).

Assim, a escolha do ato normativo a ser publicado decorre do que estabelece o inciso IV do art. 42 da Resolução Regimental - RR nº 21, de 26 de janeiro de 2022.

### **4. NORMAS LEGAIS E INFRALEGAIS RELACIONADAS**

Lei Complementar nº 182, de 1º de junho de 2021.

Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.

Resolução Normativa - RN nº 621, de 13 de dezembro de 2024.

RN nº 565, de 16 de dezembro de 2022.

RN nº 564, de 15 de dezembro de 2022.

RN nº 561, de 15 de dezembro de 2022.

RN nº 558, de 14 de dezembro de 2022.

RN nº 557, de 14 de dezembro de 2022.

RN nº 548, de 10 de outubro de 2022.

RN nº 515, de 29 de abril de 2022.

RN nº 506, de 30 de março de 2022.

RN nº 498, de 30 de março de 2022.

RN nº 489, de 29 de março de 2022.

RN nº 438, de 3 de dezembro de 2018.

Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 08, de 03 de novembro de 1998.

### **5. NORMAS REVOGADAS OU AFETADAS**

Não há norma revogada pela proposta de normativo, porém as normas elencadas no item

anterior podem ser temporariamente afetadas, em razão de suspensão parcial, temporária e limitada aos participantes do *Sandbox* Regulatório, conforme decisão da Diretoria Colegiada, merecendo destaque a Resolução CONSU nº 08, de 1998 e a RN nº 489, de 29 de março de 2022.

## **6. ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO**

A dispensa da Análise de Impacto Regulatório - AIR tem seu fundamento jurídico o disposto nos incisos III (ato normativo considerado de baixo impacto) e VII (ato normativo que reduza exigências, obrigações, restrições, requerimentos ou especificações com o objetivo de diminuir os custos regulatórios) do art. 4º do Decreto nº 10.411, de 30 de junho de 2020, uma vez que, apenas visa a suspensão de alguns normativos da ANS por tempo limitado em Ambiente Regulatório Experimental, não havendo qualquer alteração de conteúdo ou de mérito do ordenamento jurídico setorial para o mercado como um todo, servindo a Nota Técnica nº 3/2024/DIPRO (30064516) e a Nota Técnica de Dispensa de AIR nº 11/2024/DIPRO (30093436) como documento equivalente na forma do que estabelece o § 1º, do art. 4º, do Decreto nº 10.411, de 2020.

## **7. AUSÊNCIA DE AUMENTO DE DESPESAS E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

Informo ainda que a presente proposta de RN não contempla aumento de despesas e nem transformação ou qualquer tipo de redistribuição de cargos comissionados e comissionados técnicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Tampouco há necessidade de prévia dotação orçamentária, eis que a proposta não demanda aumento de despesas para a ANS.

## **8. SISTEMAS DA ANS**

Não se vislumbra impacto significativo aos sistemas de informação no âmbito da ANS, pois serão usados o Sistema Eletrônico de Informações - SEI e os sistemas de envio de informações já existentes, notadamente o Sistema de Registro de Planos de Saúde da ANS - RPS/ANS.

## **9. DOCUMENTOS RELACIONADOS**

Nota Técnica nº 3/2024/DIPRO (30064516).

Proposta de Resolução Normativa (30065113).

Comunicado (30090176).

Aviso de Audiência Pública (30090552).

Edital (30090657).

Nota Técnica de Dispensa de AIR nº 11/2024/DIPRO (30093436).

Despacho de Aviso de Audiência Pública (31646569).

Despacho de Aviso de Consulta Pública (31646207).

Parecer nº 00053/2024/GECOS/PFANS/PGF/AGU (31133554).

Relatório nº: 1/2025/ASSNT-DIPRO/DIRAD-DIPRO/DIPRO - Tomada Pública de Subsídios nº 5 (31521613).

Processo Administrativo nº 33910.034867/2023-50.

Processo Administrativo nº 33910.028800/2024-67.

## **CONCLUSÃO:**

Diante do exposto, encaminha-se a presente proposta de Ambiente Experimental denominado “Plano para consultas médicas estritamente eletivas e exames” para apreciação da Diretoria Colegiada da ANS e consequente submissão à audiência pública e consulta pública.

É a Exposição de Motivos.

Rio de Janeiro, na data da assinatura eletrônica.





Documento assinado eletronicamente por **Alexandre Fioranelli, Diretor(a) de Normas e Habilitação dos Produtos**, em 30/01/2025, às 20:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **30092952** e o código CRC **84AA61EE**.

Referência: Processo nº 33910.020858/2024-62

SEI nº 30092952