

EM BUSCA DAS MELHORES PRÁTICAS NA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS EMPRESARIAIS

Kauane Florencio Rosa¹
Rodrigo Macial Ledra Ribeiro²

RESUMO

Em face à crise pandêmica global, as atenções voltaram-se aos sistemas de saúde nacionais. No Brasil, além do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema de Desembolso Direto (SDD), existe o Sistema de Saúde Suplementar, que hoje atende mais de 47 (quarenta e sete) milhões de beneficiários, uma vez que mais de 2/3 (dois terços) destes beneficiários possuem planos coletivos empresariais. Com este fundamento, o objetivo geral deste trabalho é compreender quais fatores históricos influenciaram na construção do atual sistema de saúde suplementar, com ênfase em planos de saúde coletivos para que, em pesquisas futuras, analise-se quais são as melhores práticas empresariais para a contratação de tais planos. A pesquisa se dará por meio de levantamento bibliográfico, legislativo e documental acerca de como funcionam os planos de saúde no Brasil com abordagem qualitativa e método dedutivo. O resultado obtido foi a descrição de como funciona o mercado de saúde suplementar, com ênfase aos planos de saúde coletivos empresariais e entendimento de como se configurou esse mercado.

Palavras-chave: Saúde Pública. Saúde Suplementar. Agência Nacional de Saúde

¹ Aluno do 6º período do curso de Negócios Internacionais da FAE Centro Universitário. Bolsista do Programa de Apoio à Iniciação Científica (PAIC 2021-2022). *E-mail*: kauane.f.rosa@mail.fae.edu

² Orientador da Pesquisa. Mestre em Tecnologia pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Professor da FAE Centro Universitário. *E-mail*: rodrigo.marcial@fae.edu

INTRODUÇÃO

A crise do coronavírus levantou dúvidas acerca da capacidade do Sistema Único de Saúde (SUS) de suportar as demandas de internamentos médicos em períodos de crise. Uma das principais formas para reduzir a tensão existente sobre a oferta de serviços de saúde do SUS seria o fortalecimento do Sistema de Saúde Suplementar (SSS) oferecido pela iniciativa privada. De acordo com os dados mais recentes, 24,2% (vinte e quatro por cento e dois décimos) da população brasileira está coberta por planos de saúde privados, o que representa 47.107.809 (quarenta e sete milhões cento e sete mil e oitocentos e nove) beneficiários em planos privados de assistência médica (com ou sem planos odontológicos) (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, 2020).

Embora represente parcela significativa da população brasileira, a contratação de planos privados de assistência à saúde cresceu, desde o ano de 2010, apenas 1,9%, sendo que desde 2014, houve um decréscimo de 1,7% do número de beneficiários (ANS, 2020).

Uma possível explicação para esta redução porcentual desde 2014 é a restrição orçamentária agravada pelo período de crise econômica enfrentada pelo Brasil nos últimos anos. Contudo, também é argumentável que o mercado de planos de saúde possui curva de demanda significativamente inelástica, por se tratar de serviço essencial, o que indica a existência de outros fatores que dariam causa à redução dessa indústria, tal como um concomitante aumento real de preços (MANKIW, 2001; GREMAUD et al., 2012).

Outros indicadores que corroboram com esta hipótese, demonstram, por exemplo, que o número de operadoras ativas no Brasil sofreu um decréscimo de mais de 30% nos últimos dez anos, enquanto as receitas e despesas nessa indústria cresceram em percentuais bastante superiores à inflação média no período (ANS, 2020) – indicando um gasto real per capita crescente em saúde no Brasil, potencialmente derivado da concentração do mercado (MASON, 1939; BAIN, 1956; GOLAN; KARP; PERLOFF, 2007).

Tratando-se de uma pesquisa interdisciplinar na área do Direito, Administração e Economia, de cunho exploratório e de método descritivo, embora e majoritariamente qualitativa ao se basear em normativas, resoluções e legislações pátrias. O presente artigo tem como objetivo geral compreender o papel desempenhado pelo histórico da saúde pública no Brasil na configuração do atual sistema de saúde suplementar. Tendo como objetivos específicos a análise dos atuais sistemas de saúde com base no contexto histórico de saúde pública; compreender como está estruturado o setor da saúde, em geral, e da saúde suplementar no Brasil; descrever as principais características dos planos de saúde coletivos empresariais e por fim apresentar o papel da utilização de planos coletivos empresariais na descompressão do SUS.

A pesquisa toma especial relevância em face ao fato de que em dezembro de 2020, entre os 47 milhões de beneficiários de planos de saúde no Brasil, 32 milhões de pessoas estão vinculadas a planos coletivos empresariais, isto é, mais de dois terços dos beneficiários de planos de saúde estão vinculados a planos coletivos empresariais (ANS, 2020). Ademais, pressupondo-se que a receita média dos planos coletivos empresariais, coletivos por adesão e planos individuais são semelhantes, pode-se afirmar que o setor de planos coletivos empresariais movimentou mais de 144 bilhões de reais no ano de 2019 (ANS, 2020).

Soma-se a esta informação o contexto de redução de beneficiários de plano de saúde, de concentração desta indústria, de acréscimos das despesas, do engarrafamento na prestação do serviço pelo SUS, bem como da essencialidade dos serviços de saúde, especialmente durante uma crise pandêmica, para que a presente pesquisa reste justificada perante a sociedade. Além disso, inexistem trabalhos acadêmicos que objetivem responder quais são as melhores práticas na tomada de decisão da contratação de planos coletivos empresariais, tratando-se de iniciativa pioneira a ser tomada no interior da FAE Business School.

1 A SAÚDE NO BRASIL

Para se entender a maneira como está organizada a saúde brasileira contemporânea, deve-se analisar a história de como se organizou a saúde no Brasil, desde o descobrimento das Américas até a implementação do Sistema Único de Saúde.

Após o descobrimento das Américas, a preocupação com a saúde pública no Brasil desde o período colonial até o Brasil império foi inexpressiva, senão nula. Isso em um contexto em que, após contato inicial entre os europeus e nativos da América, diversas doenças foram disseminadas para o povo nativo. Posteriormente, a comercialização de escravizados do continente africano acabou por propagar mais doenças em consequência das condições em que esses escravizados eram transportados para terras brasileiras (FIGUEIREDO, 2012).

Durante os três primeiros séculos da colônia, Figueiredo (2012, p. 85) descreve que o único tipo de assistência médica hospitalar disponível aos colonos, que representavam, em boa parte, indígenas, degredados e negros, era proveniente das conhecidas Santas Casas, diretamente relacionadas ao assistencialismo religioso.

O século XIX representa o momento em que há certa preocupação com a saúde e medidas relacionadas à limpeza da cidade são tomadas, como, por exemplo, o controle dos portos e o comércio de alimentos com o objetivo de fiscalização em função da defesa do território e do que é produzido nele. Ainda assim, não há uma preocupação em cultivar saúde e sim em combater as doenças (MACHADO, 1978).

O século XX representa o período em que o Brasil sofreu intervenções mais incisivas do estado relacionadas à saúde, ainda que com muitas falhas, passando por

momentos históricos até se configurar em nosso sistema atual, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema de Saúde Suplementar de Privada (SSP). Roncalli (2003, p. 30) descreve que, nesse período, a atuação do Estado brasileiro na saúde é guiada por duas características fundamentais: “uma estreita relação entre o estabelecimento das políticas de saúde e o modelo econômico vigente e uma clara distinção entre as ações de saúde pública e de assistência médica” (RONCALLI, 2003).

Ao que diz respeito à segunda característica, Roncalli (2003, p. 30) se refere à intrínseca ligação entre os serviços de assistência médica e o amadurecimento do sistema previdenciário brasileiro, que teve seu fundamento em 1923 com a promulgação da Lei Eloy Chaves, que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) que eram organizadas por empresas e financiadas por empresários e trabalhadores. Em 1933 foi criado o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que, diferente das CAPs, beneficiava uma categoria profissional inteira. Em 1966 os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que vigorou até 1977, quando foi desmembrado nas vertentes da previdência e de saúde nomeado de Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (RONCALLI, 2003; FIGUEIREDO, 2012; WESTIN, 2019).

Quadro 1 – Fases do estabelecimento das políticas de saúde no Brasil desde a década de 1920 até a década de 1960

O período 1923/30: o nascimento da Previdência Social no Brasil			
Marco legal e político	Previdência	Assistência a Saúde	Saúde Coletiva
<ul style="list-style-type: none"> • Nascimento da legislação trabalhista • Lei Eloy Chaves (1923) 	<ul style="list-style-type: none"> • CAPs - organizadas por empresas, de natureza civil e privada, financiadas e gerenciadas por empregados e empregadores 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistência médica como atribuição das CAPs através de serviços próprios 	<ul style="list-style-type: none"> • Sanitarismo Campanhista • Departamento Nacional de Saúde Pública • Reforma Carlos Chagas
O período 1930/45: as propostas de contenção de gastos e o surgimento das ações centralizadas de saúde pública			
Marco legal e político	Previdência	Assistência a Saúde	Saúde Coletiva
<ul style="list-style-type: none"> • Criação do Ministério do Trabalho • CLT 	<ul style="list-style-type: none"> • IAPs organizados por categorias profissionais, com dependência do governo federal 	<ul style="list-style-type: none"> • Corte nas despesas médicas, passando os serviços da saúde à categoria de concessão do sistema 	<ul style="list-style-type: none"> • Auge do Sanitarismo Campanhista • Serviço Nacional de Febre Amarela • Serviço de Malária do Nordeste • SESP (1942)
O período 1945/66: a crise do regime de capitalização e o nascimento do sanitário desenvolvimentista			
Marco legal e político	Previdência	Assistência a Saúde	Saúde Coletiva
<ul style="list-style-type: none"> • Constituição de 1946 • LOPS (1960) • Estatuto do Trabalhador Rural • Golpe de 1964 • INPS (1966) 	<ul style="list-style-type: none"> • Crescimento dos gastos e esgotamento das reservas • Incorporação da assistência sanitária à Previdência • Uniformização dos direitos dos segurados 	<ul style="list-style-type: none"> • Crescimento dos serviços próprios da Previdência • Aumento de gastos com a assistência médica • Convivência com os serviços privados, em expansão no período 	<ul style="list-style-type: none"> • Sanitarismo desenvolvimentista • Departamento Nacional de Endemias Rurais - DNRU (1956)

FONTE: Cunha e Cunha (1998 apud RONCALLI, 2003)

No Brasil, até o final da década de 1980, as políticas de saúde eram residuais por não abranger toda a população de forma em que não havia ações voltadas a proteção social, o acesso a saúde era pontual já que o acesso à saúde era determinado por algum vínculo empregatício formal que contribuísse para a previdência (RONCALLI, 2003).

Em seguida, tratar-se-á nos subcapítulos seguintes de como é organizada a saúde no Brasil, seguindo os seguintes tópicos: 1.1. O SUS; 1.2.O Sistema de Desembolso Direto e 1.3 O Sistema de Saúde Suplementar.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O histórico da saúde pública no Brasil é de extrema importância para a contextualização da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua formulação base ocorreu na década de 70 durante a reforma sanitária que previa uma nova perspectiva de saúde. Esta nova formulação resultou “de uma militância envolvendo setores da categoria profissional médica, movimentos sociais e sindicais de variadas naturezas” (COHN, 1989).

A partir da promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, surgiram oficialmente as deliberações base para a institucionalização do SUS guiado pelos artigos 196 ao 200 da CF, sobre a saúde. O SUS surge oficialmente em 1990 com a Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e concebe outras providências (BRASIL, 1990).

As ações desenvolvidas pelo SUS e pelos serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, tem como principal fundamento os seguintes princípios: (i) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; (ii) equidade, admitindo a possibilidade de atender desigualmente os desiguais; (iii) descentralização, com direção única em cada esfera do governo; (iv) atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; (v) participação da comunidade; (vi) regionalização e hierarquização e conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da organização político-administrativa da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1990).

A implementação efetiva do Sistema Único de Saúde foi e continua sendo um processo dinâmico e inacabado diante dos desafios organizacionais que o sistema enfrenta. A implementação de políticas sociais de saúde de abrangência nacional é afetada, principalmente, pelo subfinanciamento, a organização macroeconômica,

tornando a efetivação do SUS, de maneira uniforme no país, uma tarefa complexa (COHN, 1989; MENDES, 2013).

Diante dos desafios enfrentados pelo Sistema Único, outras formas de acesso a serviços médicos que existiam antes mesmo do SUS, continuam a existir e desempenhar um papel fundamental na complementação do SUS, como observa-se a seguir.

2.1 O SISTEMA DE DESEMBOLSO DIRETO

Como já visto, antes da promulgação da Constituição Federal (CF), o acesso a serviços de saúde era diretamente relacionado à dispêndio de recursos no âmbito do cálculo mercantil da saúde e, historicamente, esse fator implicou na consolidação do mercado de saúde. Dessa forma, considera-se que o mercado de saúde privado teve seu processo de consolidação a partir dos anos 1960 (EQUIPE FORENSE, 2018, p. 1461).

A partir de 1988, com a promulgação da CF, estabeleceram-se as disposições bases do SUS, e acabou por regulamentar a atuação da iniciativa privada na saúde, como se nota no Art. X, §1º da carta maior: "As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos" (BRASIL, 1988).

Embora o SUS se apresenta como um sistema universal, desde sua criação, a iniciativa privada teve seu espaço garantido na própria legislação que criou o sistema público de saúde, na condição de ramo "complementar". É o que foi estabelecido no Art. 24 da lei 8080/90, "Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada" (BRASIL, 1990).

Junior & Messias (2005) definem a diretriz base do SUS como "universalização excludente", que propõe uma ampliação a nível nacional dos serviços de saúde, mas não tem estrutura para suprir as necessidades da população, fazendo com que os mais abastados, insatisfeitos com o serviço prestado, busquem os sistemas suplementar e de desembolso direto.

Assim posto, define-se o desembolso direto como serviços de saúde adquiridos em prestadores privados mediante gastos diretos do bolso das pessoas ou das famílias (BRASIL, 2009c, p. 19).

O relatório do Conass Debate, de 2014, explicita que a compra direta de medicamentos pelas pessoas também se qualifica como Sistema de Desembolso Direto (SDD), de forma que quase todos os brasileiros fariam/fazem uso do desembolso direto ao adquirir remédios (BRASIL, 2014).

2.2 SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A Carta Magna descreve a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, contudo, a ela admite a participação da iniciativa privada nas ações e serviços de saúde conforme Art. 197 e 199 (BRASIL, 1998). Essa participação é dita como complementar no caso em que falte disponibilidades ao SUS para cumprir seu papel de atendimento integral para garantir cobertura assistencial à população e este recorra à iniciativa privada por meio de contrato ou convênio (BRASIL, 1990).

A participação dita como suplementar é atribuída à iniciativa privada devido a forma de participação facultativa do usuário, ou seja, por questões de ampliação do leque de serviços ou suprimento de deficiências do SUS, o usuário pode optar a utilizar serviços de saúde fora da iniciativa pública (FIGUEIREDO, 2012, p. 98).

Levando em consideração o caráter essencial dos serviços de saúde, que o torna assunto de interesse público, as entidades privadas devem se submeter a regulamentação e fiscalização por parte do Estado (SANTOS, 2015), por meio da Lei 9.656/98, que regulamenta a atuação da iniciativa privada nos planos e seguros de assistência à saúde, regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. De acordo com as definições da Lei 9656/98 o Plano privado de Assistência à Saúde é a prestação contínua de serviços definida a preço pré ou pós estabelecido, sem prazo de finalização, que tem por objetivo possibilitar o acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, a livre escolha do usuário, que pode ser paga integralmente ou parcialmente pela operadora por meio de reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (BRASIL, 1998).

Dada a definição do Plano de Saúde, será abordada a estrutura da saúde suplementar do Brasil, iniciando com a discussão do seu órgão regulador, em item 1.4 a ANS; em sequência, falar-se-á das Operadoras de Planos de Saúde.

2.3 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A CF de 1988 estabelece por meio do artigo 197 que os serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle (BRASIL, 1988). Destarte, a área da saúde, sendo pública ou privada, não está sob absoluta disposição da livre iniciativa de mercado. Neste sentido, Figueiredo (2012, p. 128) dispõe que o "Estado [...] deve atuar de forma ponderada e parcimoniosa, a fim de não inviabilizar a suplementação privada dos serviços de saúde, conciliando os interesses privados e as forças de mercado com o atendimento das necessidades coletivas e os interesses da nação".

Com este objetivo, criou-se a Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS), um órgão regulador único que surge da necessidade de harmonização da regulação econômica, que esteja a salvo de interferências estranhas dos segmentos envolvidos no mercado (FIGUEIREDO, 2012).

A fim de cumprir seu objetivo de reguladora da assistência suplementar à saúde, a ANS é organizada nas seguintes áreas:

Quadro 2 - Organização da ANS

Diretoria	Responsabilidade
(I) Diretoria de Normas e Habilitação das operadoras	Responsável pela regulamentação, organização e monitoramento da atuação das operadoras de planos de saúde, sendo a direção que representa as entidades que operam nesse mercado.
(II) Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos	Responsável pela regulamentação, organização, monitoramento e qualificação dos produtos ou planos privados, encarregando-se de representar os prestadores de serviços médicos.
(III) Diretoria de Normas Fiscalização	Tem o objetivo de fiscalizar, controlar e ainda penalizar em casos de descumprimento da Lei dos Planos de Saúde (Lei 9565/98) representando os interesses dos beneficiários dos planos de saúde.
(IV) Diretoria de Normas Desenvolvimento Setorial	Responsável pelo ressarcimento ao SUS (em caso de beneficiário de plano de saúde que é atendido pelo SUS) e incentivo da competitividade no setor objetivando a melhoria na qualidade dos serviços, representando os interesses do governo.
(VI) Diretoria de Gestão	Responsável pela organização, coordenação e supervisão de serviços gerais da ANS, dos Recursos Humanos, da informação, dos recursos financeiros, informática, suprimentos e informação, objetivando a garantia da autonomia financeira do órgão.

FONTE: Tabela elaborada pelos autores com base em Pietrobon et al. (2008, p. 767-783) e Figueiredo (2012)

Malta (2004) e identifica três ênfases na intervenção da ANS na saúde suplementar: (i) regulação da saúde financeira das operadoras, verificando a capacidade das operadoras de honrar com os compromissos na prestação de serviços aos seus beneficiários; (ii) fiscalização sob a perspectiva do direito dos consumidores, com foco na relação de consumo; (iii) composição de cobertura, em relação aos produtos (MALTA et al., p. 434, 2004).

No subtópico seguinte será apresentado às operadoras de planos de saúde, assim como suas modalidades.

2.3.1 Operadoras de Planos de Saúde

De acordo com o § 4o da lei dos planos de saúde, "É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o deste artigo." (BRASIL, 1998), ou seja, pessoas físicas não podem operar plano ou seguro privado de assistência à saúde em nenhuma modalidade de produto, serviço ou contrato que apresente além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira (BRASIL, 1998).

As operadoras de planos de assistência à saúde são empresas ou entidades que operam planos de assistência à saúde, no mercado de saúde suplementar, conforme as definições da Lei dos Planos de Saúde, e podem atuar em cinco modalidades distintas (ANS, 2022) incluindo as seguradoras que, para fins legais, se enquadra como operadora de plano privado de assistência à saúde para fins da Lei 9.656/98 (ANS; BRASIL, 2009a), sendo assim ela também está sob a regulação da agência nacional de saúde. A Administradora de benefícios também era considerada uma das modalidades de operadora até maio de 2022 quando a RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000 é revogada pela RN nº 531, de 02 de maio de 2022, conforme figura que segue.

Quadro 3 - Modalidades de Operadoras de planos de Saúde e Administradora de benefícios

Modalidade	Definição	Instrução Legal
Cooperativas Médicas e Odontológicas	Constituídas conforme a Lei 5764/71 (Lei do Cooperativismo), é a união voluntária de profissionais da saúde ou apenas dentistas (no caso de cooperativistas exclusivamente odontológicas), sem finalidade lucrativa, para o exercício de uma atividade econômica de proveito comum, nesse caso, a prestação de assistência médica ou exclusivamente odontológica.	Lei 5.764/71 e RN Nº 531/2022
Autogestão	Opera planos de saúde, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, para públicos fechados específicos, sendo impedida de comercializar planos para o público em geral (BRASIL, 2006).	RN Nº 272/2011 e RN Nº 137/2006
Medicina ou Odontologia de Grupo	Representa as empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde ou planos exclusivamente odontológicos (no caso de odontologia de grupo) e que não se encaixam nas modalidades de cooperativa, autogestão, seguradora especializada em saúde ou filantropia (BRASIL, 2022).	RN Nº 531/2022
Filantropia	"Entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido o certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo Ministério competente, (...) bem como da declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais, na forma de regulamentação normativa específica vigente." (BRASIL, 2022).	RN Nº 531/2022
Administradora de Benefícios	Pessoa jurídica que, na condição estipulante, propõe a contratação de plano coletivo de saúde ou presta serviço para pessoas jurídicas contratantes de planos de saúde coletivos, (ANS, 2009), que estão relacionados ao campo de interação entre operadora ou seguradora, estipulante e usuários dos planos privados de assistência à saúde (CARNEIRO, 2012).	RN Nº 515/2022
Seguros Saúde	Se caracterizam pelo reembolso ao segurado após que ele utilize dos serviços médicos, hospitalares ou odontológicos que desejar (FIGUEIREDO, 2012).	Lei 10.185/01.

FONTE: Elaborado pelos autores (2022)

2.4 PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS

O plano individual é de livre adesão, em que o contrato é celebrado diretamente entre a pessoa física e operadora de plano privado de assistência à saúde. Em outros termos, o beneficiário utiliza seu próprio CPF para realizar a contratação do plano, que também pode abranger o grupo familiar do titular, nesse caso, passa a configurar como plano familiar (BRASIL, 2009b; BRASIL, 1998, BOTTESINI; MACHADO 2015).

O pagamento nessa modalidade é realizado diretamente pelo titular do plano, sem intermediários, sendo que a rescisão do contrato poderá ser realizada apenas por ele ou em caso de rescisão unilateral em circunstância de fraude ou não-pagamento da mensalidade de acordo com as condições previstas pelo inciso II do Art. 13 da Lei dos Planos de Saúde (BRASIL, 1998; 2009b).

A ANS tem maior presença na regulação desse tipo de contratação por se tratar de um contrato direto entre consumidor e operadora. Também por essa razão, os planos coletivos se configurariam como maioria de contratação no mercado, fato que pode ser explicado pela "precificação excessiva" dos planos individuais por parte das empresas sob ameaça do "risco regulatório". Este risco regulatório, no caso dos planos coletivos, seria diluído pela massa de beneficiários que os compõem (SANTOS, 2008, p. 1469).

Os planos coletivos, por sua vez, podem ser classificados em coletivo por adesão ou coletivos empresariais. Nestes planos, onde há comum a atuação de pessoa jurídica como formadora de instrumento jurídico que garanta a assistência à saúde a uma massa populacional específica vinculada por emprego, sindicato ou associação (ANS, 2020; BRASIL, 2009a, p. 34). Em seguida, trata-se das características pormenorizadas desta modalidade de contratação de planos de saúde.

2.4.1 Planos de Saúde Coletivos por Adesão

Os planos coletivos por adesão, como o nome bem explica, se caracteriza pela opção de aderência ou não ao plano de saúde contratado pela pessoa jurídica. Ele congrega determinada categoria de associação, um grupo de pessoas com características em comum, sindical, associativa ou profissional (FIGUEIREDO, 2012).

Essa modalidade de contratação de planos de saúde pode ser com instância decisória, quando os participantes votam em uma pessoa ou mais para tomar as decisões em nome de todos, ou sem instância decisória, em que cada um dos membros do plano tem o direito de participar das decisões (FIGUEIREDO, 2012, p. 172).

2.4.2 Planos de Saúde Coletivos Empresariais

Assim como os coletivos por adesão, os planos coletivos empresariais congregam determinada população, nesse caso vinculada a pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária (BRASIL, 2009b).

Ao que difere dos planos coletivos por adesão, é a adesão compulsória ao plano. Ou seja, a partir do momento em que se estabelece uma relação empregatícia entre as partes, o empregado se encontra automaticamente como beneficiário do plano. O custeio pode ser na modalidade com patrocinador, quando a pessoa jurídica custeia parte ou o todo da mensalidade da operadora. Na modalidade sem patrocinador, o beneficiário deve custear toda a mensalidade diretamente com a operadora (FIGUEIREDO, 2012).

De acordo com Figueiredo (2012), os planos de saúde coletivos empresariais foram os pioneiros da saúde suplementar e mesmo nos dias de hoje representam uma parcela significativa dos beneficiários. Dado isso, algumas características como as redes credenciadas são de alta importância para a discussão.

2.5 REDES CREDENCIADAS

As redes credenciadas ou referenciadas são conjuntos de clínicas, hospitais profissionais, consultórios, laboratórios e estabelecimentos de saúde que fazem parte do plano de cobertura de saúde na devida modalidade contratada pelo beneficiário. Esse tipo de rede é diferente da rede própria de serviços, que consiste em estrutura e profissionais próprios da operadora de planos de saúde, ou seja, o conjunto de estabelecimentos de saúde, nas credenciadas, não pertencem a operadora contratada, isso porque geralmente são realizados convênios e terceirizações entre a rede em questão e a operadora para que essa possa oferecer aos seus beneficiários (BARELA, 2021).

3 METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa interdisciplinar na área do Direito, Administração e Economia, de cunho exploratório e de método dedutivo e, majoritariamente qualitativa, com foco em entender como configurou-se o sistema atual de saúde. O objetivo específico 1 possibilitou a compreensão do leitor de como a configuração histórica da saúde pública no Brasil influenciou o atual sistema de saúde público e privado no país; o objetivo

específico 2, por sua vez, descreve a atual estrutura do sistema público e privado com ênfase nos planos coletivos empresariais, utilizando como base principalmente levantamentos bibliográficos e legislativos; o objetivo específico 3 apresentou quais são as principais diferenças entre os planos de saúde e existentes; por fim, o objetivo específico 4 correspondeu aos resultados de pesquisa, com a sistematização dos achados nas etapas anteriores de pesquisa, delimitado o papel da utilização de planos coletivos empresariais na descompressão do SUS.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Em boa parte da história da saúde pública brasileira as ações voltadas à saúde da população foram pontuais e guiadas pelo modelo sanitarista voltadas aos espaços urbanos de relevância econômica. Dessa forma, não havendo de fato uma preocupação com a saúde coletiva, e sim com o aspecto econômico.

O acesso à saúde, até os anos 90, antes da promulgação da Lei do SUS, se dava pelo desembolso direto, assistencialismo religioso ou vínculo empregatício formal reconhecido pelo Estado. Tal fato parece ser relevante para a consolidação do mercado de saúde privado no Brasil a partir dos anos 60, levando em conta que nos dias atuais os planos de saúde empresariais têm maior representatividade no mercado se comparado aos individuais.

É possível constatar a complexidade do Sistema de Saúde Suplementar na figura 2, que explica quais são as diretorias da Agência reguladora da Saúde suplementar assim como suas responsabilidades, assim como na figura 3, que define quais são as modalidades de operadoras de planos de saúde vigentes hoje no Brasil e cada um de seus atos regulatórios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que foi abordado ao longo desse artigo, conclui-se que o SUS enfrenta muitos desafios na sua efetivação como sistema universal que se propõe, de tal forma que até mesmo em suas deliberações legais, leia-se a Lei 8.080/90, que incluem a participação dos serviços privados na saúde pública. Diante da fragilidade do SUS o Sistema de Desembolso Direto (SDD) se apresenta como uma alternativa para problemas de saúde de baixa complexidade e na compra de remédios. Mas, para a maioria da população brasileira que não é abastada, o SDD acaba por se tornar uma alternativa

inviável para problemas de saúde mais complexos como internações hospitalares por exemplo, que envolvem alta tecnologia e alto custo. Uma possível solução alternativa para esse problema seria o sistema de saúde complementar em forma de seguros ou planos sendo este último, oferecido por muitas empresas aos seus colaboradores como forma de benefício. Para trabalhos futuros, sugere-se o aprofundamento no tema de forma a investigar quais empresas contratam planos de saúde para seus colaboradores, em quais modalidades essa contratação ocorre e quais são os requisitos levantados pela empresa no momento da escolha do plano e de sua respectiva modalidade.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Dados gerais**. 2020. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 12 maio 2020.

ANDRADE, M. V. et al. **Estrutura de concorrência no setor de operadoras de planos de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ANS; UFMG, 2015.

ANTONIO, G. L. M. **A política de reajuste dos planos de saúde**: discussões sobre a alteração da metodologia de reajuste dos planos individuais/familiares no âmbito da ANS. Rio de Janeiro: ANS, 2018.

BAIN, J. S. **Barriers to New Competition**: Their Character and Consequences in Manufacturing Industries. Cambridge, MA: Harvard University, 1956.

BARELA. **Rede credenciada e rede própria do plano de saúde**: saiba a diferença. Disponível em: <https://barela.com.br/rede-credenciada-rede-propria/#:~:text=Rede%20credenciada%20ou%20rede%20referenciada>. Acesso em: 16 maio 2022.

BARROS, P. P. **Economia da saúde**: conceitos e comportamentos. 3. ed. Coimbra: Almedina, 2013.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MESSIAS, K. L. M. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. **Saúde.com**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 79-89, ago./out. 2005.

BOTTESINI, M. A.; MACHADO, M. C. **Lei dos planos e seguros de saúde**: comentada artigo por artigo. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2015.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal/Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Define a política nacional de cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 10354, 16 dez. 1971.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, v. 128, n. 182, p. 18055, 19 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, v. 136, n. 105, p. 1, 03 jul. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático**: saúde suplementar. Brasília: MS, 2009a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_saude_suplementar.pdf. Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. Resolução Normativa nº 137, de 14 de novembro de 2006. Dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 nov. 2006.

BRASIL. Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde [...]. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 jul. 2009b.

BRASIL. Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022. Dispõe sobre a Administradora de Benefícios. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 abr. 2022a.

BRASIL. Resolução Normativa nº 531, de 02 de maio de 2022. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde [...]. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, n. 83. p. 538, 5 maio 2022b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As conferências nacionais de saúde**: evolução e perspectivas. Brasília: CONASS, 2009c. Disponível em: https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf. Acesso em: 15 jan. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **CONASS debate**: caminhos da saúde no Brasil. Brasília: CONASS, 2014. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/CONASS%20Debate%20N2.pdf>. Acesso em 12 jan. 2022.

CARNEIRO, L. A. F. **Planos de saúde**: aspectos jurídicos e econômicos. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2012.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**: Revista de Cultura e Política, São Paulo, v. 19, n. 19, p. 123-140, nov. 1989.

COSTA, J. C. D. S. **Os impactos econômico-financeiros do ressarcimento ao SUS para as operadoras de planos de saúde**. Rio de Janeiro: ANS, 2018.

CUNHA, M. F.; MEIRELLES, J. M. L. D. Os impactos da crise econômica brasileira no setor da saúde suplementar. **Questio Iuris**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 1378-1397, jan. 2018.

EQUIPE FORENSE. **Constituição Federal Comentada**. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2018.

FIGUEIREDO, A. V. **Curso de direito de saúde suplementar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2012.

GOLAN, A.; KARP, L. S.; PERLOFF, J. M. **Estimating Market Power and Strategies**. Cambridge University Press, 2007.

GREMAUD, A. P.; VASCONCELLOS, M. A. S. de.; TONETTO JÚNIOR, R. T. **Economia Brasileira Contemporânea**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MALTA, D. C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, jun. 2004.

MASON, E. Price and Production Policies of Large-Scale Enterprise. **American Economic Review**, Nashville, v. 29, n. 1, p. 61-77, mar. 1939

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, jun. 2013.

MANKIW, N. G. **Introdução à economia**: princípios de micro e macroeconomia. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L. do; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008.

RONCALLI, A. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. Porto Alegre: ARTEMED, 2003.

SANTOS, F. P.; MERHY, E.; CARVALHO MALTA, D. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1413-8123, p. 1463-1475, out. 2008.

SANTOS, L. A natureza jurídica pública dos serviços de saúde e o regime de complementaridade dos serviços privados à rede pública do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 815-829, jul./set. 2015.

WESTIN, R. Primeira lei da Previdência, de 1923, permitia aposentadoria aos 50 anos. **Senado Notícias**, Brasília, 03 jun. 2019. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/primeira-lei-da-previdencia-de-1923-permitia-aposentadoria-aos-50-anos>. Acesso em: 25 maio 2022.