

## Planos de saúde “falsos coletivos”: crescimento do mercado e reajuste de preços (2014-2019)

Nos últimos cinco anos cresceu o número de pessoas vinculadas a planos de saúde “falsos coletivos” ou “pejotinhas”, adquiridos por indivíduos, famílias ou pequenos grupos (menos de 30 beneficiários), mediante apresentação de um CNPJ. Em 2019, 5,2 milhões de pessoas estavam vinculadas a planos falsos coletivos, o que corresponde a 11% da população que tem planos de saúde. Em 2014 eram 3,3 milhões de pessoas ou 6,6% do total (Tabela 1, Gráfico1).

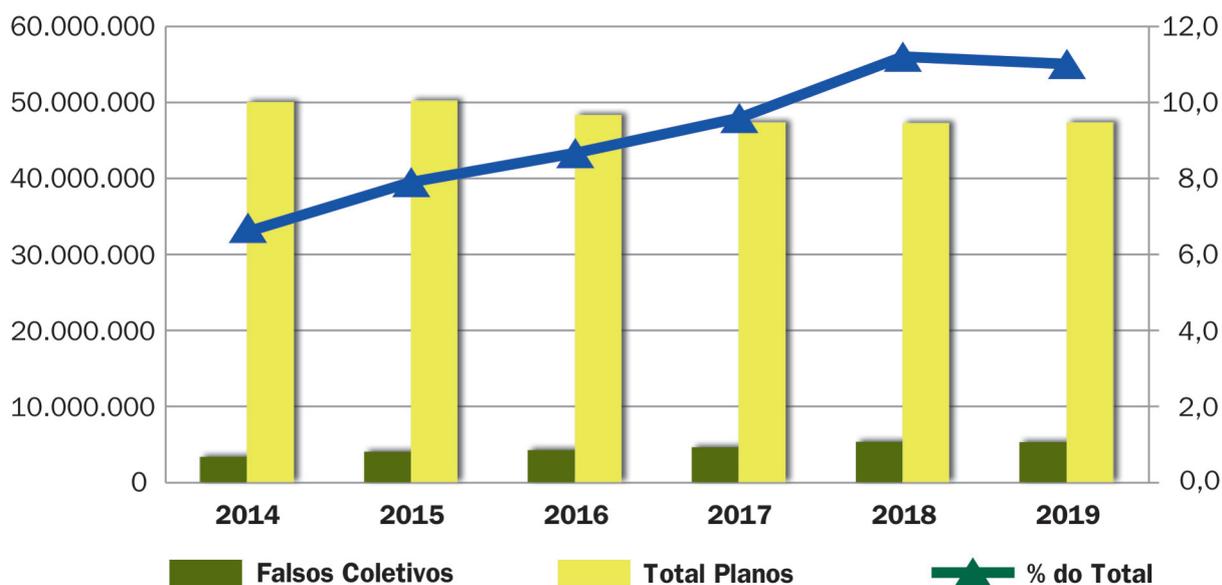
**TABELA 1** Evolução da participação dos clientes (em milhares) dos planos falsos coletivos no total da população com planos de saúde. Brasil, 2019

PLANOS	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Falsos Coletivos	3.300	3.962	4.186	4.541	5.291	5.212
Total Planos	50.013	50.117	48.274	47.330	47.225	47.333
% do Total	6,6	7,9	8,7	9,6	11,2	11,0

Fonte: ANS. Elaboração própria (GEPS/DMP/FMUSP)

Obs: % de pessoas em planos falsos coletivos em relação ao total de pessoas que têm planos de saúde

**GRÁFICO 1** Evolução da participação dos clientes dos planos falsos coletivos no total da população com planos de saúde. Brasil, 2019



Fonte: ANS. Elaboração própria (GEPS/DMP/FMUSP)

Obs: % de pessoas em planos falsos coletivos em relação ao total de pessoas que têm planos de saúde

Ao analisar a evolução do número de clientes por tipo de plano (*Tabela 2*), entre 2014 e 2019, período de crise e retração do mercado, os falsos coletivos são a única modalidade que registrou crescimento, com acréscimo de 1.911.682 pessoas. No mesmo período houve diminuição dos usuários de planos individuais (perda de 838.992 clientes) e de planos de adesão (300.755 pessoas a menos), além de queda acentuada de 2.711.3616 pessoas nos planos empresariais (excluindo os contratos CNPJ com menos de 30 pessoas).

**TABELA 2 Evolução do número de clientes (em milhares), segundo tipos de planos de saúde. Brasil, 2019**

Planos	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Falsos coletivos	3.300	3.962	4.186	4.541	5.291	5.212
Individuais	9.888	9.869	9.548	9.300	9.142	9.049
Empresariais*	29.772	29.251	27.743	26.899	26.264	26.579
Adesão	6.675	6.767	6.579	6.409	6.370	6.374
Outros	377	268	218	181	159	118
<b>Total</b>	<b>50.013</b>	<b>50.117</b>	<b>48.274</b>	<b>47.330</b>	<b>47.225</b>	<b>47.333</b>
Participação em %	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Falsos coletivos	6,6	7,9	8,7	9,6	11,2	11,0
Individuais	19,8	19,7	19,8	19,6	19,4	19,1
Empresariais*	59,5	58,4	57,5	56,8	55,6	56,2
Adesão	13,3	13,5	13,6	13,5	13,5	13,5
Outros	0,8	0,5	0,5	0,4	0,3	0,2
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** ANS. Elaboração própria (GEPS/DMP/FMUSP)

**Obs:** \*Nos planos empresariais foram subtraídos os planos falsos coletivos (contratos CNPJ com menos de 30 pessoas)

O crescimento dos planos falsos coletivos coincide com a decisão das operadoras de não mais comercializarem planos de saúde individuais e familiares. Com poucas opções no mercado, cada vez mais os falsos coletivos têm sido adquiridos por uma única pessoa (Micro Empresa Individual - MEI) ou a partir de duas pessoas mediante apresentação de um CNPJ.

Uma hipótese é que também tenha ocorrido migração de parte dos individuais para falsos coletivos. Diferente dos contratos individuais, cujo reajuste é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) anualmente, nos falsos coletivos o preço inicial das mensalidades é aparentemente menor, mas as operadoras, já a partir do primeiro ano de contrato, praticam elevados reajustes, como será destacado a seguir.

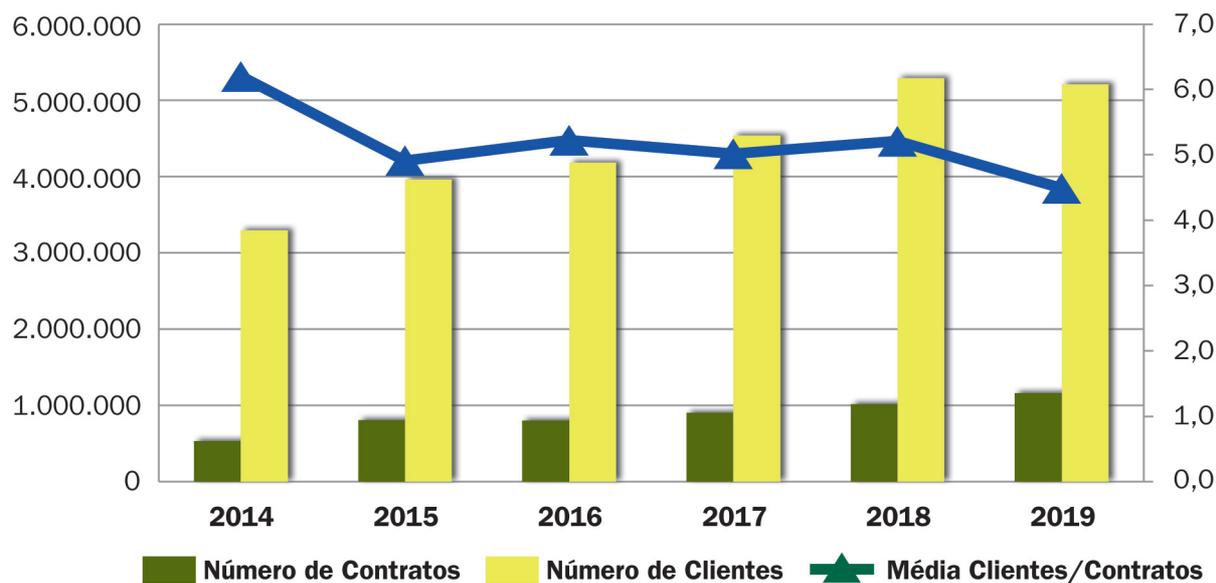
Além do aumento da população que contratou falsos coletivos, há maior fragmentação deste nicho de mercado, pois a média de clientes por contrato nesta modalidade diminuiu de 6,2 pessoas por contrato em 2014 para 4,5 em 2019 (Tabela 3, Gráfico 2).

**TABELA 3 Evolução do número de contratos e clientes (em milhares) em planos de saúde falsos coletivos. Brasil, 2019**

ANO	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Contratos	532	806	801	905	1.015	1.161
Clientes	3.300	3.962	4.186	4.541	5.291	5.212
Média Clientes/Contratos	6,20	4,91	5,23	5,02	5,21	4,49

Fonte: ANS. Elaboração própria (GEPS/DMP/FMUSP)

**GRÁFICO 2 Evolução do número de contratos e clientes em planos de saúde falsos coletivos. Brasil, 2019**



Fonte: ANS. Elaboração própria (GEPS/DMP/FMUSP)

Entre maio de 2018 e abril de 2019, os planos de saúde falsos coletivos reajustaram em média 14,69% o valor da mensalidade, acima dos 10% do teto definido pela ANS para os planos individuais, índice que vigorou no mesmo período. Em todos os anos analisados, de 2014 a 2019, os reajustes dos falsos coletivos foram em média maiores que dos individuais (Tabela 4, Gráfico 3). Se comparados ao Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, tanto o reajuste dos falsos coletivos quanto dos individuais cresceu sempre acima da inflação.

No último ano (até abril de 2019) enquanto o IPCA aumentou 4,66%, os planos falsos coletivos foram reajustados em 14,74% em média, e os individuais em 10%. Para maio de 2019 até 2020 o reajuste dos planos individuais será de 7,35%, segundo definiu a ANS.

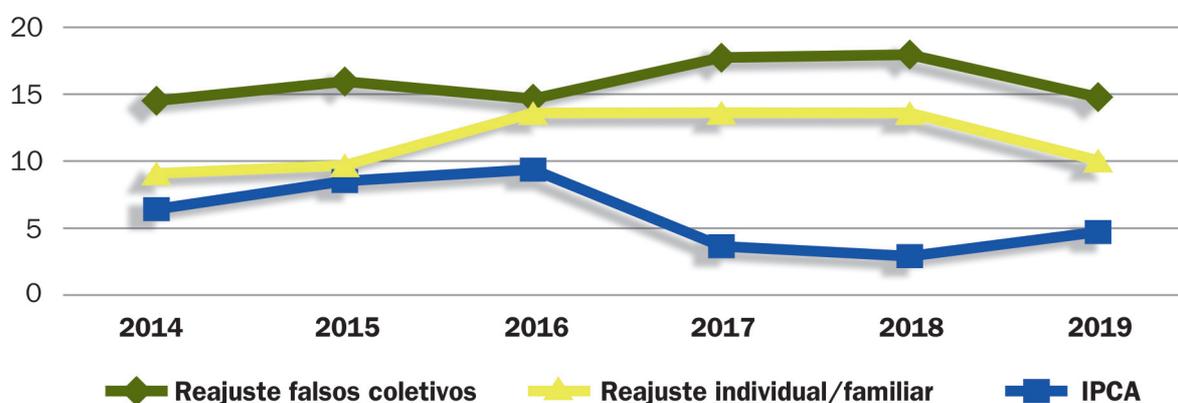
**TABELA 4 Evolução comparada de reajustes (em %) de planos de saúde e IPCA. Brasil, 2019**

ANO	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Reajuste falsos coletivos	14,46	15,91	14,62	17,68	17,91	14,74
Reajuste individual/familiar	9,04	9,65	13,55	13,57	13,55	10,00
IPCA	6,37	8,47	9,32	3,6	2,86	4,66

Fonte: ANS. Elaboração própria. (GEPS/DMP/FMUSP)

Obs: Reajustes dos falsos coletivos (planos de saúde com menos de 30 beneficiários), com média ponderada pelo número de clientes; Reajuste máximo anual definido pela ANS para planos individuais; IPCA acumulado em 12 meses (maio de cada ano)

**GRÁFICO 3 Evolução comparada de reajustes (em %) de planos de saúde e IPCA. Brasil, 2019**



Fonte: ANS. Elaboração própria. (GEPS/DMP/FMUSP)

Obs: Reajustes dos falsos coletivos (planos de saúde com menos de 30 beneficiários), com média ponderada pelo número de clientes; Reajuste máximo anual definido pela ANS para planos individuais; IPCA acumulado em 12 meses (maio de cada ano)

Dentre as 5,2 milhões de pessoas vinculadas a contratos falsos coletivos em 2019, mais de 4,4 milhões (86%) sofreram reajuste superior ao aumento das mensalidades dos planos individuais (*Tabela 5*).

**TABELA 5 Clientes de planos de saúde falsos coletivos, com reajustes acima do teto dos planos individuais. Brasil, 2019.**

ANO	Nº CLIENTES	% DO TOTAL
2014	2.642.314	80,1
2015	3.327.379	84,0
2016	2.976.853	71,1
2017	3.585.239	79,0
2018	3.406.499	65,4
2019	4.495.785	86,3

**Fonte:** ANS. Elaboração própria (GEPS/DMP/FMUSP)

**Obs:** Percentual de clientes em planos coletivos que tiveram reajuste acima do teto dos planos individuais em relação ao total de clientes em falsos coletivos

Ao analisar as 10 operadoras (*Tabela 6*) com maior número de clientes em contratos falsos coletivos, todas elas reajustaram essa modalidade acima do reajuste dos planos individuais. Em várias operadoras o percentual de clientes em planos falsos coletivos já representam mais de um quarto do total de clientes. Oito operadoras (com menor número de clientes, não descritas na tabela) reajustaram em mais de 30% seus contratos falsos coletivos, sendo que o maior aumento foi de 164%.

**TABELA 6 Reajuste das operadoras com mais clientes em contratos falsos coletivos. Brasil, 2019**

OPERADORA	Clientes em contratos falsos coletivos	% do total de clientes*	Reajuste (%)	Pontos percentuais acima do reajuste individual/familiar (p.p)
Bradesco Saúde S. A.	892.567	27,3	15,8	+5,8
Amil Assistência Médica Internacional S. A.	716.396	20,3	18,9	+8,9
Sul América Companhia de Seguro Saúde	540.389	30,0	16,3	+6,3
Notre Dame Intermedica Saúde S. A.	323.042	14,2	17,2	+7,2
Hapvida Assistência Médica Ltda	173.151	7,1	13,6	+3,6
Unimed Rio - Coop. de Trabalho Médico do RJ	159.288	23,1	16,9	+6,9
Unimed Belo Horizonte - Coop. de Trab. Médico	94.688	7,7	13,6	+3,6
Vision Med. Assist. Médica Ltda**	65.458	33,5	17,5	+7,5
Unimed Campinas - Coop. de Trabalho Médico	62.393	11,1	12,4	+2,4
Porto Seguro - Seguro Saúde S/A	59.080	24,4	17,2	+7,2

**Fonte:** ANS. Elaboração própria. (GEPS/DMP/FMUSP)

**Obs:** \* Percentual de clientes em planos falsos coletivos em relação ao total de clientes da operadora.

\*\* Antiga Golden Cross

### Como funciona o reajuste dos “falsos coletivos”

Chamado neste levantamento de “falso coletivo”, esse tipo de plano de saúde é tecnicamente denominado pela ANS de “contrato coletivo com menos de 30 beneficiários”, ou “plano empresarial até 29 beneficiários”. Para essa modalidade, a ANS determinou que o reajuste deve ocorrer por meio de um Agrupamento de Contratos. O índice de reajuste deve ser único, determinado por cada operadora a todos os contratos com menos de 30 pessoas. O reajuste é anual, aplicado na data do aniversário do contrato e deve ser divulgado pelas operadoras e pela ANS em seus sites.

A ANS não exerce controle ou fiscalização adequada sobre os reajustes dos planos coletivos em geral. A própria agência reconheceu, por meio da Nota Técnica<sup>1</sup>, inconsistência na forma como o reajuste dos contratos coletivos é definido pelas operadoras:

<sup>1</sup> Nota Técnica ANS N° 2013/2017/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO

“(…) observou-se que determinadas cláusulas contratuais de contratos de planos coletivos revelavam que determinadas operadoras se utilizam de fatores estatísticos como índice de confiança ou margem de segurança para alavancar seus reajustes, mesmo que a sinistralidade do período seja inferior à meta de sinistralidade estipulada pela operadora. “

(…) À primeira vista não parece razoável que variações aleatórias de despesas por beneficiários ou contratos, no caso do agrupamento, possam justificar reajustes além da sinistralidade corrigida por um índice financeiro. No limite, estaríamos admitindo que o contrato não é sustentável e anualmente será necessário um reajuste superior ao índice de sinistralidade apurado. Nesse sendo, sugere-se a produção de estudos mais robustos com o objetivo de limitar ou coibir a aplicação de reajustes baseados em dados superestimados e que, portanto, não possuem justificativa técnica para sua aplicação”.

Por sua vez, o Tribunal de Contas da União (TCU)<sup>2</sup> afirmou, em 2018, que é inefetivo o modelo da ANS de regulação dos reajustes das mensalidades dos planos coletivos:

“(…) Conquanto reconheça que os índices de reajustes dos planos de saúde, tanto individuais como os coletivos, têm sido quase sempre superiores aos índices de inflação geral, medidos pelo IPCA, e próximos dos índices de inflação do setor, medidos pelo IPCA- Saúde, a equipe de fiscalização assevera que o modelo atual de regulação dos reajustes de contraprestações de planos coletivos é inefetivo, pois consiste em mero monitoramento efetuado por meio da obrigatoriedade de que as operadoras enviem à agência comunicados informando os percentuais de reajuste praticados”

Ou seja, ANS não considerou suas próprias recomendações internas nem acatou parecer do TCU, permitindo que as operadoras continuem praticando reajustes injustificados e abusivos nos contratos falsos coletivos.

---

<sup>2</sup> TCU. Acórdão 679/2018-Plenário

## **REAJUSTES ESTÃO FORA DO CONTROLE**

Os reajustes das mensalidades dos planos de saúde estão descontrolados, têm índices distintos, regras confusas e pouco transparentes, que variam de acordo com o tipo de plano e outros fatores como faixa etária e sinistralidade. Além do reajuste já descrito, dos falsos coletivos, que atingem 5,2 milhões de pessoas, a seguir são descritas outras formas de reajuste das mensalidades.

### **Reajustes dos planos individuais e familiares**

**Afeta quantas pessoas:** 9 milhões

**Como é reajustado:** A ANS define anualmente qual é o percentual máximo que poderá ser aplicado nas mensalidades. Para os planos de saúde individuais ou familiares com aniversário no período de maio de 2019 a abril de 2020 o índice definido foi de 7,35%. Isso corresponde praticamente ao dobro da inflação medida pelo IBGE, que fechou 2018 em 3,75%.

A metodologia de cálculo do último reajuste dos planos individuais, segundo a ANS, “combina o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), retirando-se deste último o subitem Plano de Saúde.”<sup>3</sup>

Do total de 47.188.528 clientes de planos de saúde em 2018, menos de 20% (9.039.738 de pessoas) estavam nos contratos individuais/familiares. Para fugir do teto anual de reajuste, as operadoras deixaram de vender planos individuais, substituídos no mercado pelos planos falsos coletivos e pelos planos de adesão, que tem reajustes anuais mais elevados.

Além dos reajustes anuais definidos pela ANS, os clientes de planos individuais e familiares também sofrem reajustes por mudança de faixa etária.

### **Reajustes dos planos coletivos em geral**

Os planos coletivos podem ser empresariais ou por adesão. O contrato coletivo empresarial é aquele firmado, por meio de uma pessoa jurídica, por um grupo determinado, composto por sócios, funcionários ou estatutários.

<sup>3</sup> <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/5080-ans-limita-em-o-reajuste-de-planos-de-saude-individuais-ou-familiares>

Já os planos coletivos por adesão são contratados por entidades sindicais ou associativas, de caráter profissional, classista ou setorial. Em tese, somente deveria aderir a esse tipo de plano quem têm vínculo com sua respectiva entidade representativa.

A Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98) não regulamentou os reajustes dos planos coletivos, apenas determinou que o valor da mensalidade do plano de saúde e os critérios para seu reajuste devem estar previstos no contrato.

Por isso, além dos reajustes por mudança de faixa etária, quem está vinculado a um plano de saúde por meio de contratos coletivos sofre, anualmente, um outro aumento que é composto pelo reajuste financeiro (em função da alegada inflação médica) e pelo reajuste por sinistralidade (em função da maior utilização).

O reajuste financeiro consiste na variação do custo médico-hospitalar apurado pela própria operadora. Já o chamado reajuste por sinistralidade, geralmente previsto no contrato, é o aumento aplicado sempre que a despesa anual que a empresa de plano de saúde teve com aquele grupo (devido à maior necessidade de saúde e maior utilização – de exames, tratamentos internações etc – de um ou mais integrantes do plano coletivo) ultrapasse determinado percentual da receita da operadora no mesmo período.

Assim, as operadoras podem reajustar livremente os planos coletivos em percentual ilimitado, com a justificativa de que precisam garantir o equilíbrio das despesas desses contratos, mantendo suas altas margens de lucro e eliminando riscos que deveriam ser inerentes à atividade.

A composição do grupo de beneficiários e a forma de apuração do reajuste pode variar conforme o tipo de plano coletivo e segundo outros fatores descritos a seguir:

### **Reajuste dos planos coletivos empresariais**

**Afeta quantas pessoas:** 26,4 milhões

**Como é reajustado:** nos planos de saúde coletivos contratados por empresas (pessoas jurídicas) para grupos maiores de pessoas (acima de 29 pessoas), o reajuste é totalmente liberado, vale o acordo entre as partes e o que está escrito nos contratos.

Não há qualquer controle pela ANS dos percentuais de reajuste praticados nos planos empresariais. Embora os percentuais impostos pelos planos de saúde devam ser informados à ANS por cada operadora a cada trimestre (Art. 2º da IN nº 13/2006), a agência não torna pública essas informações.

Em função dos altos reajustes, muitas empresas têm deixado de oferecer planos para seus empregados ou passaram a contratar planos de menor preço, pior qualidade e menor cobertura.

## **Reajuste dos planos coletivos por adesão**

**Afeta quantas pessoas:** 6,3 milhões

**Como é reajustado:** O plano coletivo por adesão, em tese, exige vínculo da pessoa com uma associação profissional, entidade de classe ou sindicato. A cobrança da mensalidade é feita diretamente ao consumidor pela Pessoa Jurídica contratante ou por uma Administradora de Benefícios, a exemplo da Qualicorp. Esses planos têm seus reajustes liberados, baseados nos contratos e na livre negociação entre as partes.

Apesar de não exercer controle ou fiscalização sobre os reajustes dos planos coletivos por adesão, a ANS constatou que o poder de negociação dos sindicatos e entidades de classe é relativo, ao afirmar, em Nota Técnica<sup>4</sup>, que:

“(…) Para o mercado de planos coletivos por adesão se verifica, em média, a ocorrência de reajustes maiores para contratos com maior número de beneficiários, revelando a ineficácia da regra de agrupamento de contratos (Pool de Risco) para essa modalidade”

“(…) A maior concentração de beneficiários e o maior percentual de reajuste médio em planos coletivos por adesão acontece na faixa de contratos com mais de 10.000 vidas, contrariando a ideia de que as pessoas jurídicas contratantes possuem maior poder de barganha em contratos com grande número de vidas”.

Assim como nos coletivos empresariais, as operadoras devem comunicar os reajustes dos planos coletivos por adesão à ANS em até 30 dias após a aplicação do reajuste. Mas esses valores também não são tornados públicos pela ANS.

Além disso, uma parte desses planos (o quantitativo é desconhecido) são de “adesão dissimulada”, em que o próprio corretor apresenta ao indivíduo a sugestão de afiliação em associações ou sindicatos. Da mesma forma que os “falsos coletivos”, trata-se de uma artimanha do mercado que deixou de ofertar planos individuais.

<sup>4</sup> NOTA TÉCNICA ANS Nº 2013/2017/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO

## **Reajuste de plano de saúde para aposentado e demitido**

**Afeta quantas pessoas:** número desconhecido

**Como é reajustado:** O aposentado ou o ex-empregado, exonerado ou demitido sem justa causa, beneficiário de plano coletivo decorrente de vínculo empregatício, tem o direito de manter-se no mesmo plano de saúde. Para isso, quando na ativa, deve ter contribuído mensalmente com parte do pagamento do plano de saúde. Não há direito ao plano de saúde se o empregador pagava integralmente o plano ou se o plano funcionava no regime de coparticipação ou franquias.

No entanto, a ANS segregou esse grupo, permitindo que as empresas, para manter ex-funcionários e aposentados, contratem um plano diferente daquele contratado para os empregados na ativa, o que gerou distorções. Como a negociação do aumento passou a ser baseada em todos os planos de ex-empregados da mesma operadora, o cálculo tornou praticamente inviável o pagamento de mensalidades por aposentados e demitidos, o que levou a grande judicialização desses reajustes. Os percentuais de reajustes de planos de aposentados e demitidos não são divulgados pela ANS.

## **Reajustes sobrepostos: reajuste anual + reajuste por idade**

**Afeta quantas pessoas:** 47,3 milhões (toda a população que tem planos de saúde)

**Como é reajustado:** Além dos reajustes no aniversário do contrato, que variam conforme o tipo de plano, a lei permite que os planos de saúde também aumentem a mensalidade para cada mudança de faixa etária.

O reajuste por idade ocorre em todo tipo de plano: nos individuais/familiares, nos coletivos de empresas, nos coletivos de adesão e nos “falsos coletivos”.

As faixas etárias para fins de reajuste variam conforme a data de contratação do plano. Pelas regras atuais existem dez faixas etárias. O valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). Além disso, a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Mesmo assim, as operadoras reservam os maiores reajustes para as últimas faixas etárias, sendo comum maiores (e “expulsivos”) percentuais de reajuste a partir das faixas de 49 a 53 anos; 54 a 58 anos e 59 anos ou mais. Como esses aumentos se sobrepõem ao aumento anual, o pagamento do plano de saúde torna-se impraticável para grande número de pessoas, mesmo antes dos 60 anos.

## **AUMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO DOS REAJUSTES**

Segundo recente estudo do Grupos de Estudos sobre Planos de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), entre 2011 e 2018 deram entrada mais de 136 mil ações contra planos de saúde no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP). Foram 7.364 ações judiciais ingressadas em 2011 e 21.892 ações em 2018.

O estudo calculou a Taxa de Judicialização, que corresponde ao número de ações propostas/ingressantes por 10.000 habitantes usuários de planos de saúde no Estado de São Paulo a cada ano. No período de 2011 a 2018 a Taxa de Judicialização passou de 4,18 para 12,73. Ou seja, o número de ações ingressadas contra planos de saúde cresceu em ritmo muito mais acelerado do que a evolução da população que tem planos de saúde

Em função do elevado número de ações ingressantes contra planos de saúde, também cresceu o número de decisões judiciais (ações julgadas) no TJSP.

No primeiro semestre de 2019, dentre as ações contra planos de saúde julgadas em segunda instância pelo TJSP, quase um terço dos julgamentos (32,4% das decisões) envolveu reajustes de mensalidades, devido a aumentos em função de mudança de faixa etária, de sinistralidade, em planos de pessoas jurídicas e planos coletivos por adesão. Em 2011, também no primeiro semestre, as ações sobre reajustes correspondiam a 14,77% do total de julgados.

**GEPS - Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde**

Departamento de Medicina Preventiva  
Faculdade de Medicina da USP

**Coordenador**

Prof. Mário Scheffer (DMP-FMUSP)

**Pesquisadores/ Pós-graduandos**

Rafael Robba

Juliana Kozan

Joana Cruz

Lucas Andrietta,

Marina de Almeida Magalhães

Caio Henrique Sampaio Fernandes