

plano de
saúde

O QUE SABER



GUIA DE REAJUSTES

DOS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE



FenaSaúde

Federação Nacional de Saúde Suplementar

plano de
saúde

O QUE SABER

GUIA DE REAJUSTES DOS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE

Informações sobre as regras e a importância dos reajustes para o equilíbrio econômico-financeiro do Setor e a continuidade da proteção garantida pelo seu Plano ou Seguro de Saúde.

SUMÁRIO

6 **APRESENTAÇÃO**

Entenda as regras de aplicação de reajustes nas mensalidades dos planos e seguros privados de assistência à saúde e conheça os principais fundamentos que regem o mercado de saúde suplementar no Brasil e os mecanismos que influenciam os reajustes de preços desse setor.

8 **1. BREVE HISTÓRICO**

9 **1.1 Surgimento do Mercado e da Regulação dos Planos e Seguros de Saúde**

13 **1.2 Por que a saúde suplementar requer regulação?**

16 **2. REAJUSTES**

20 **3. CÁLCULO DO REAJUSTE ANUAL DAS MENSALIDADES**

21 **3.1 Reajuste Anual nos Planos Individuais ou Familiares**

23 **3.2 Reajuste Anual dos Planos Coletivos**

27 **3.3 Por que não é possível comparar reajuste de mensalidade com índices de inflação?**

30 **4. MUTUALISMO E RISCO**

34 **5. FORMAÇÃO DOS PREÇOS DOS PLANOS DE SAÚDE**

35 **5.1 Estrutura dos Preços**

36 **5.2 Perfil Etário das Despesas**

- 40** **6. REGRAS DE REAJUSTES POR FAIXA ETÁRIA**
- 42 6.1 Faixas etárias previstas na legislação
- 45 6.2 Pacto Intergeracional
- 47 6.3 Por que existem faixas etárias diferenciadas, antes de 1º de janeiro de 2004 e a partir dessa data?
- 48 6.4 Como é feito o reajuste por mudança de faixa, se o meu plano for anterior à Lei 9.656/98

- 50** **7. EVOLUÇÃO DOS CUSTOS**

- 56** **8. CONTROLE DE PREÇOS DOS PLANOS DE SAÚDE**

- 58** **9. SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA**

- 59 9.1 Pressão de gastos na saúde
- 62 9.2 Utilização adequada e responsável do Plano
- 63 9.3 Judicialização –
Alternativa prejudicial ao próprio consumidor

- 68** **10. APÊNDICE**

- 67 10.1 Estrutura do Mercado de Saúde Suplementar
- 71 10.2 Receita, Despesa e Sinistralidade do Setor
- 74 10.3 Tipos de Cobertura do plano de saúde

APRESENTAÇÃO

Caro Beneficiário

Este guia foi desenvolvido para facilitar a compreensão das regras de aplicação de reajustes nas mensalidades dos planos e seguros privados de assistência à saúde. O enfoque é fornecer informações sobre os principais fundamentos que regem o mercado de saúde suplementar no Brasil e os mecanismos que influenciam os reajustes de preços desse setor.

O guia aborda ainda um breve resumo do surgimento do mercado de saúde suplementar, a regulação dos planos e seguros privados de saúde, o comportamento dos custos na assistência à saúde e os atuais desafios que se colocam para os seus principais agentes: famílias e empresas.

Para compreender como a mensalidade do seu plano pode ser reajustada você precisa conhecer algumas questões essenciais:

- Por que o setor requer regulação?
- Como o mercado de saúde suplementar se organiza?
- Como se comportam os custos de assistência à saúde?
- O que é mutualismo?
- Como são formados os preços dos planos de saúde?
- Quais são as regras de reajustes anuais das mensalidades?

Ao compreender que o plano de saúde é um bem coletivo, saberá que, ao utilizá-lo, as suas despesas assistenciais serão pagas por você e todos os demais beneficiários. Dessa forma, o uso consciente beneficia a todos e pode contribuir para a redução nos reajustes nas mensalidades.

Boa leitura!

Márcio Serôa de Araujo Coriolano

Presidente da FenaSaúde

José Cechin

Diretor Executivo



1

BREVE HISTÓRICO

Surgimento do Mercado e da Regulação
dos Planos e Seguros de Saúde

Por que a saúde suplementar
requer regulação?

BREVE HISTÓRICO

A década de 50 foi marcada pelo avanço da industrialização e urbanização no Brasil, com o surgimento das indústrias de transformação, metalúrgica e química, a instalação da indústria automobilística, particularmente das montadoras estrangeiras na Região do Grande ABC no Estado de São Paulo. Este contexto foi determinante para o aparecimento de serviços de assistência médico-hospitalar para o atendimento específico dos empregados dessas companhias, dando origem a empresas que iriam se transformar nos primeiros convênios de medicina de grupo.

1.1 Surgimento do Mercado e da Regulação dos Planos e Seguros de Saúde

Anos 60 e 70: essas décadas foram marcadas pela constituição de redes de serviços privados, contratadas pelo Estado e por instituições particulares. Os sistemas particulares possuíam serviços próprios ou adotavam o sistema de reembolso de despesas médico-hospitalares. Os empregados eram atendidos nos serviços médicos das fábricas, em ambulatórios das caixas de assistência, nos Institutos de Aposentadoria e Pensões e por provedores privados, e pagavam pelo serviço. Posteriormente, essa despesa era reembolsada.

Em 1976, a normatização do seguro de saúde – por meio da Resolução 11 do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP, legitimou a prática do reembolso das despesas assistenciais. O cálculo dessas despesas baseava-se no valor da unidade de serviço do INPS multiplicado pelo nível de cobertura.

Anos 80: já havia no Brasil cerca de 15 milhões de clientes dos planos de saúde – excetuando-se os de planos próprios das grandes montadoras, empresas estatais e de associações de categorias – como o dos bancários que já estavam consolidados –, registrados pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo, ABRAMGE e pela Federação das UNIMEDs. Esses números revelavam a persistência e a consolidação das empresas de planos de saúde como alternativas assistenciais para os trabalhadores especializados da região sudeste¹.

As seguradoras, que passaram a oferecer contratos privados de seguro-saúde, eram reguladas pelo Decreto Lei 73/1966 e Resoluções do CNSP, enquanto as outras modalidades de empresa que surgiram no mercado oferecendo planos de saúde não eram submetidas a qualquer regulação específica.

Anos 90: Nos contratos celebrados até o fim de 1998, conhecidos atualmente como “contratos antigos”, as cláusulas eram livremente pactuadas e cada operadora definia a periodicidade e os índices de reajuste das mensalidades como também as faixas etárias e os percentuais de variação do preço a cada mudança de faixa, observando regras, quando aplicáveis, da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP e outras vigentes à época.

A regulamentação do setor percorreu um amplo processo de discussão no Congresso Nacional envolvendo todos os seus segmentos, culminando com a **Lei 9.656/1998**, Medidas Provisórias e Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU.

Anos 2000: É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS pela Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Até a criação da ANS havia a divisão de poderes regulatórios e normatizadores entre o Ministério da Fazenda / SUSEP e o Ministério da Saúde. Destaca-se também a Lei 10.185/2001 que dispôs sobre as seguradoras especializadas em saúde, determinando a separação do seguro saúde das atividades de seguros em geral, em empresa com CNPJ próprio constituída para esta finalidade específica, e subordinando-a à regulação da ANS.

Com a publicação dessas normas, foi definido, então, um modelo abrangente de regulação técnica (aspectos administrativos e assistenciais) e de regulação econômica (aspectos econômico-financeiros).



A REGULAÇÃO, NOS SEUS ASPECTOS ADMINISTRATIVOS CRIOU:

- O registro de operadoras;
- A exigência de autorização para funcionamento e condições para o encerramento de atividades;
- O registro do produto;
- O cadastro de beneficiários.

NOS ASPECTOS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE, A LEGISLAÇÃO VEDOU:



- A exclusão de doenças, obrigando a cobertura integral de todas as doenças incluídas na Classificação Internacional de Doenças (CID);
- Limitação de carências;
- A discriminação de indivíduos em razão de deficiências e doenças crônicas;
- A fixação de limites de tempo de internação e de teto de valor das despesas durante a internação;
- A quebra unilateral de contratos individuais ou familiares.

NOS ASPECTOS ECONÔMICO-FINANCEIROS:



- A Lei permitiu a diferenciação de preços por faixa etária, e as Resoluções do CONSU e da ANS fixaram limites para os aumentos e a quantidade de faixas (determinou que a mensalidade na última faixa etária pode ser superior em até seis vezes a mensalidade na 1ª faixa e, também, que a variação da 7ª para a 10ª faixa não seja superior à variação entre a 1ª e a 7ª. Leia mais a partir da página 42);
- Operacionalizou o controle dos reajustes anuais dos planos.
- Estabeleceu a padronização da contabilidade;
- Exigiu capital mínimo e constituição de provisões técnicas;
- Fixou regras de solvência e liquidez;
- Definiu ativos garantidores;
- Definiu regras para regimes especiais de direção fiscal e de liquidação extrajudicial.

A Lei representou importante avanço para o setor, uniformizando diversos aspectos dos planos e seguros saúde e conferindo aos consumidores maior confiabilidade neste tipo de atividade econômica. A uniformização facilitou o entendimento do plano ou seguro saúde e, por consequência, sua comercialização, mas teve como contrapartida uma maior rigidez do sistema e menor leque de escolhas de produtos por parte dos consumidores/beneficiários.

A Lei 9.656 representou importante avanço para o setor, mas teve como contrapartida maior rigidez do sistema.

1.2 | Por que a saúde suplementar requer regulação?

Um setor deve ser regulado nos seus aspectos econômicos quando o mercado, operando livremente, falha ao não produzir o melhor resultado para a sociedade em termos de preços, qualidade ou quantidade. O ambiente competitivo de mercado é indutor da prática de preços e margens de lucro adequadas. Quando esses mecanismos de competição não estão presentes se diz que o setor econômico apresenta imperfeições ou **falhas de mercado**.

O **monopólio natural**² é a falha de mercado clássica que demanda o controle de preços e reajustes. No entanto, o setor de saúde suplementar, com dezenas de mercados regionais distintos, centenas de operadoras de pequeno, médio e grande porte

atuando no mercado com abrangência municipal, estadual ou nacional, não se encontra nesta característica.

A falha de mercado característica do setor de saúde suplementar é a **Assimetria de Informações** (quando uma das partes na transação detém informações relevantes que a outra desconhece) e, de certa forma pela falta de informações e de conhecimento adequado, existe o **Risco Moral** (quando o comportamento do beneficiário ou segurado se altera pela simples razão de ter um plano ou seguro de saúde, agravando o risco, por exemplo: “Já que estou pagando, vou usar”).

Ainda estão presentes no mercado a **Seleção Adversa**, tendência de concentração, na carteira de clientes, de indivíduos que têm maior probabilidade de utilizar o plano, e a **Seleção de Risco**, que é a tendência de as operadoras selecionarem preferencialmente pessoas mais saudáveis.

A regulação técnica pode ocorrer mesmo em setores econômicos que não apresentam falhas de mercado. Estabelece quais as exigências que uma empresa deve cumprir para ter o direito de prestar o serviço, qual o conteúdo específico do produto, e concede o poder de polícia ao órgão regulador para o exercício da fiscalização e aplicação de multas em caso de ocorrência de práticas infrativas ou desconformidades ao regulamento legal. No entanto, pode também ser indutora da competição facilitando a entrada de novos concorrentes ou aumentando a possibilidade de troca de planos pelo beneficiário. Isso não só permitirá reduzir a intervenção direta na formação de preços e reajustes dos planos, como também a amplitude da regulação econômica sobre as empresas reguladas.

A regulação pode também ser indutora da competição facilitando a entrada de novos concorrentes ou aumentando a possibilidade de troca de planos pelo beneficiário.

Notas

¹ Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – ANS, 2002.

² Quando existem elevadas economias de escala e indivisibilidades técnicas na produção há dificuldades para o estabelecimento de mais de uma empresa atuando no mercado. Dependendo do setor, as economias de escala são tão elevadas e as características do setor são tão específicas que a operação só é economicamente viável com o estabelecimento de uma única empresa. Neste caso, há um monopólio natural pois a competição entre empresas não funciona. Exemplos de setores com essas características de indivisibilidades são a telefonia, serviços de água e esgoto, energia elétrica. O Estado concede o poder de monopólio nestes casos, mas tem que regular os preços para que eles não sejam muito elevados. Vale ressaltar que com as inovações tecnológicas cada vez mais frequentes nos antigos setores monopolísticos vão sendo contestados, ou seja, novas formas de produção podem viabilizar a entrada de outras empresas, reduzindo o poder desses antigos monopólios.



2

REAJUSTES

—

REAJUSTES

A partir da Lei 9.656 foram estabelecidos dois tipos de reajustes: o anual da mensalidade por variação de custo e o aumento da mensalidade em razão da mudança de faixa etária do beneficiário. O reajuste por mudança de faixa etária do beneficiário será tratado especificamente no capítulo 6 deste guia¹.

REAJUSTE ANUAL:

Ocorre a partir do mês da data de aniversário do contrato, enquanto



REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA:

A partir da mudança de faixa do beneficiário, podendo coincidir a ocorrência dos dois reajustes no mesmo ano.

As regras de aplicação dos reajustes variam de acordo com a data de contratação anterior à vigência da Lei 9.656 (01/01/1999), entre essa Lei e o Estatuto do Idoso (1999 e 2003) e posteriores ao Estatuto do Idoso (01/01/2004). Variam ainda por tipo de contrato: planos individuais ou familiares, coletivos por adesão ou coletivos empresariais com mais de 30 vidas e coletivos empresariais com até 30 vidas.

As operadoras comercializam planos para pessoas físicas ou jurídicas. No plano de saúde individual ou familiar, o contrato é firmado com a pessoa física. No coletivo, o contrato é obrigatoriamente firmado com uma pessoa jurídica, que pode ser empresa, órgão público ou associação de classe.

As operadoras de planos de saúde comercializam ainda dois tipos de planos coletivos. Os **planos coletivos empresariais**, nos quais a adesão do beneficiário é feita pela empresa empregadora que contrata a assistência médica ou odontológica para seus funcionários, e os **planos coletivos por adesão**, que são contratados por entidades de classe como sindicatos, associações, fundações, confederações, federações e conselhos profissionais, entre outros.

A regulação e controle de reajustes das mensalidades variam de acordo com o tipo de contrato de prestação de serviço de saúde:

- Contratos individuais ou familiares, de assistência médico-hospitalar;
- Contratos individuais ou familiares, exclusivamente odontológicos;
- Contratos coletivos por adesão e empresariais com mais de 30 vidas têm seus índices de reajuste fixados mediante negociação entre o contratante (pessoa jurídica) e a operadora;
- Contratos coletivos empresariais com até 30 vidas, seguem regras específicas para a fixação dos reajustes conforme abordado mais adiante no tópico 3.2 deste guia.

Também são adotadas políticas distintas de reajustes conforme a época de contratação do plano de saúde:

- Antigos e não adaptados à lei;
- Novos ou adaptados à lei e anteriores ao Estatuto do Idoso;
- Posteriores a esse Estatuto.

Nos capítulos seguintes serão abordadas as razões e as regras dos dois tipos de reajustes aplicados às mensalidades dos planos de saúde, dentro do contexto da estrutura e do comportamento dos custos da assistência à saúde.

COMO AS REGRAS DE REAJUSTE PODEM VARIAR?

- Com o tipo de contrato de prestação de serviço de saúde;
- A época de contratação do plano de saúde.



Notas

¹ A variação de preço por mudança de faixa etária não é considerada reajuste na regulamentação da ANS (art. 19 da RN nº 171/08). Como é parte do Tema *Reajustes de Preços* (RN 63/03), será tratada neste Guia como Reajuste por Faixa Etária.



3

CÁLCULO DO REAJUSTE ANUAL DAS MENSALIDADES

Reajuste Anual nos Planos
Individuais ou Familiares

Reajuste Anual dos Planos Coletivos

Por que não é possível comparar reajuste
de mensalidade com índices de inflação?

CÁLCULO DO REAJUSTE ANUAL DAS MENSALIDADES

O índice de variação dos custos da assistência à saúde que determina o reajuste anual das mensalidades dos planos, também chamado de **reajuste por variação de custo**, é formado pela combinação de dois componentes básicos do custo:

- (1) variação dos preços pagos por consultas e honorários médicos e de outros profissionais da saúde, diárias, serviços e materiais e medicamentos hospitalares;
- (2) aumento da quantidade ou do nível de utilização *per capita* desses serviços e materiais médico-hospitalares. A incorporação de tecnologia também exerce um grande efeito nas variações anuais de custo.

A combinação desses dois fatores é conhecida como Sinistralidade, que é a razão entre as despesas com assistência à saúde (pagamentos a profissionais de saúde, hospitais, clínicas, serviços, materiais e medicamentos hospitalares) e as receitas de contraprestações provenientes das mensalidades dos beneficiários.

3.1 Reajuste Anual nos Planos Individuais ou Familiares

Para calcular o **índice máximo de reajuste anual** dos planos individuais a ANS usa, desde 2001, a média ponderada dos reajustes efetivamente aplicados pelas operadoras aos planos coletivos com

mais de 30 beneficiários, além de ter como referência os preços negociados no mercado.

O índice só pode ser aplicado pelas operadoras após a **autorização da ANS**, e a partir da **data de aniversário do contrato**, podendo retroagir caso a data da cobrança da mensalidade reajustada esteja defasada em no máximo quatro meses da data de aniversário do contrato.

SE O SEU PLANO FOR ANTIGO:

Os reajustes anuais das mensalidades dos planos individuais ou familiares se aplicam aos contratos novos (após a edição da Lei 9.656/98) ou adaptados a Lei. No caso dos planos antigos anteriores à Lei 9.656/98, índices autorizados pela ANS são aplicados em situações específicas quando os contratos antigos não preveem claramente os índices de reajuste¹:



- a) Contratos que não preveem índices de reajuste oficiais, de operadoras que firmaram Termo de Compromisso com a ANS, seguem reajustes específicos fixados e autorizados pela ANS;
- b) Contratos sem previsão clara do índice de reajuste, de operadoras que não firmaram Termo de Compromisso com a ANS, os reajustes devem se limitar ao índice máximo fixado pela ANS para os planos novos individuais;
- c) Para os planos antigos com contratos que indiquem claramente o índice de reajuste (INPC, IPC, IPCA, IGP, IGP-M etc.), vale o que está estabelecido no contrato.

O beneficiário pode, a qualquer momento, conforme estabelece a RN 251/11, adaptar ou migrar o seu contrato antigo para ficar adaptado à Lei 9.656/98. Haverá ajuste na mensalidade, mas limitado a 20,59% do seu valor vigente no momento da adaptação. É importante fazer a adaptação ou migração do contrato, pois, com isso, passa a ter assegurados os direitos da regulamentação.

3.2 | Reajuste Anual dos Planos Coletivos

O modelo de reajuste anual das mensalidades dos planos coletivos é livremente negociado entre as partes e acompanhado pela ANS. Essa política diferenciada para os planos coletivos se justifica em razão dos seguintes fatores:

- 1) a relação contratual se dá entre duas pessoas jurídicas: a operadora e a contratante (empresa ou entidade) que têm poder de negociação mais equilibrado;

- 2) existe maior mobilidade do beneficiário pela inexistência de carência (há carências nos empresariais com até 30 vidas, e nos contratos por adesão desde que o beneficiário não faça a adesão ao plano em até 30 dias da assinatura do contrato da operadora com a associação);
- 3) oferta mais competitiva entre as operadoras e, conseqüentemente, maior facilidade de troca de operadora por parte do contratante do plano coletivo, respeitando os prazos contratuais.

Os planos coletivos são contratados por intermédio de uma pessoa jurídica (seu empregador, conselhos classistas, sindicatos ou associações). Os reajustes são livremente negociados entre as partes e devem ser devidamente comunicados a ANS até 30 dias antes da sua efetiva aplicação.

Essa negociação entre a operadora e a pessoa jurídica contratante considera a variação do índice da sinistralidade do contrato como um dos principais fatores para o cálculo dos reajustes. Nos contratos coletivos, as partes estabelecem um índice de sinistralidade-alvo com o objetivo de preservar o equilíbrio técnico e financeiro do contrato. Esse índice-alvo, por um lado, sinaliza ao contratante a importância de garantir uma gestão profissional e, por outro, o uso consciente do plano pelos seus empregados/associados. Essa prática operacional, pelo fato de promover o uso responsável do plano, traz benefícios tanto para o contratante quanto para seus colaboradores, resultando com isso a necessidade de reajustes menores. Desvios muito acentuados podem eventualmente indicar a necessidade de reestruturação do plano para adequação dos preços às possibilidades do contratante e seus empregados/associados. Isso não seria possível hoje nos contratos individuais, engessados pelas regras vigentes fixadas pela ANS. A questão da sinistralidade dos planos de assistência à saúde permeia todos os tópicos deste guia, pois é o fator que reflete os custos incorridos e a frequência de utilização do plano, definindo, portanto, a necessidade e o nível de reajuste dos preços. Pode ser medida para um contrato

específico ou para o conjunto da carteira de uma operadora ou, ainda, para um segmento do Setor de Saúde Suplementar.

No caso de o bem segurado ser a saúde do indivíduo, o sinistro é entendido como o evento ocorrido e compreende todas as ações necessárias à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos da Lei e do contrato firmado entre as partes. Pode incluir também ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Para se entender a complexidade e a amplitude da questão da sinistralidade, o evento em saúde envolve, além do próprio sinistro, a sua prevenção e, em alguns casos, o pagamento de sinistros decorrentes de eventos não cobertos, normalmente determinados por decisão judicial. Estão cobertos os milhares de doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) da Organização Mundial de Saúde, e isso é garantido pela Lei. Mas os procedimentos que são de cobertura obrigatória para essas doenças são aqueles que compõem o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, definido pela ANS e revisto regularmente a cada dois anos ou sempre que a agência julgar necessário.

Portanto, considerando que a sinistralidade reflete os custos incorridos e a frequência de utilização do plano, fatores que são significativamente impactados pela atualização do Rol da ANS e pela incorporação de novas tecnologias de prevenção, intervenção e tratamentos médico-cirúrgicos, deve-se repudiar a ideia de que haja ilegalidade na forma de reajustar preços de planos coletivos com base na variação da sinistralidade do contrato, sendo esta forma negociada e acordada entre o contratante e a operadora. As regras estabelecidas para a comercialização e reajuste de preços dos planos coletivos não só permitem o exercício do equilíbrio desses contratos, como devem balizar o aprimoramento das regras e a reavaliação técnica das carteiras de planos individuais, promovendo, de forma responsável, o desenvolvimento do Setor de Saúde Suplementar para todos os seus participantes.

CONTRATOS COM MENOS DE 30 BENEFICIÁRIOS:

O reajuste deverá ser igual para todos os contratos da mesma operadora, dentro do chamado Agrupamento de Contratos ou **Pool de Risco**. O índice de reajuste deverá ser publicado pela própria operadora em seu site no mês de maio de cada ano, ficando vigente até abril do ano seguinte e podendo ser aplicado nos respectivos meses de aniversário de cada contrato².

SITUAÇÕES EM QUE OS CONTRATOS COLETIVOS COM MENOS DE 30 BENEFICIÁRIOS NÃO FAZEM PARTE DO **POOL DE RISCO**:



- Contratos antigos não adaptados à Lei 9.656;
- Contratos de planos exclusivamente odontológicos;
- Contratos de plano exclusivo para ex-funcionários demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados;
- Contratos de planos com formação de preço pós-estabelecido;
- Contratos firmados antes de 1º de janeiro de 2013 e não aditados conforme a Resolução Normativa - RN nº 309/12, por opção da pessoa jurídica.

3.3 Por que não é possível comparar reajuste de mensalidade com índices de inflação?

A inflação é um **aumento geral dos preços** da economia medido por diversos indicadores (INPC, IPC, IPCA, IGP, IGP-M etc.). Já a **variação de custos** dos planos de saúde é uma composição da variação de preço com a variação de quantidade ou frequência de uso.

O aumento de preços inerentes ao setor, como honorários, preços de exames, materiais e serviços hospitalares, entre outros, compõe a variação de custo assim como a variação da quantidade ou frequência de uso.

Se em um determinado período a frequência de utilização e o preço médio aumentam, a variação do custo é maior do que a soma da variação do preço e da variação da frequência de utilização.

Alguns fatores cujas variações de preços e quantidades determinam a variação do reajuste dos planos de saúde:

- **Materiais e serviços hospitalares;**
- **Medicamentos;**
- **Honorários médicos;**
- **Exames;**
- **Quantidade de serviços demandados.**

O custo médico hospitalar é resultado de uma combinação dos fatores frequência e preço dos serviços de saúde.

Enquanto os consumidores em geral se utilizam de várias formas para se defenderem da inflação, substituindo ou reduzindo o consumo de determinados produtos, as operadoras não têm outra opção senão valerem-se das mensalidades pagas pelos beneficiários para fazerem frente aos crescentes níveis de despesas.

Além da gestão do financiamento da assistência à saúde, que equivale à quase totalidade das mensalidades recebidas diretamente no pagamento das despesas assistenciais, as operadoras devem ter atenção especial na **gestão dos custos**. Para isso, as empresas precisam considerar:

- Busca de eficiência na assistência;
- Combate ao desperdício;
- Conscientização do beneficiário para o uso adequado do plano;
- Avaliação da efetividade do uso de novas tecnologias;
- Desenvolvimento de programas de prevenção e promoção à saúde, em especial do idoso;
- Redução da assimetria de informação na saúde suplementar.

Notas

¹ Dispositivo da Lei 9.656/98, art. 35-E, que autorizava a ANS regular os reajustes dos planos antigos foi suspenso por decisão do STF desde 2003. Com isso a ANS publicou a Súmula Normativa nº 5/03 definindo que o reajuste anual estará limitado ao reajuste máximo autorizado ou deverá ser definido por meio da celebração de Termo de Compromisso, caso o contrato não preveja regras claras de reajuste. A ANS mantém em seu SITE na Internet publicação de todos os índices autorizados desde 2004 para as operadoras que firmaram termo de compromisso.

² A ANS publica em seu site a relação dos reajustes das mensalidades dos contratos dentro do Pool de Risco para cada operadora.



4

MUTUALISMO E RISCO

Um pouco de história...



Séculos antes de Cristo, comerciantes em caravanas de camelos pelo deserto ou em embarcações pelo mediterrâneo costumavam se deparar com saqueadores, piratas, acidentes como morte de camelos ou naufrágios, o que causava prejuízo para o proprietário dos bens perdidos.

No início da viagem ninguém sabia qual ou quais dos comerciantes ficariam sem seus pertences. Logo, chegou-se à conclusão de que o prejuízo era grande para cada comerciante que sofresse o incidente, mas não tão grande para o conjunto dos comerciantes nas diversas viagens comerciais bem sucedidas.

A preocupação com as possíveis perdas levou esses empreendedores a um acordo: cada participante depositaria uma soma acordada de recursos em um fundo para indenizar aquele que tivesse perdas involuntárias, fora de seu controle, durante a viagem.

Para isso, era necessário contribuir antes do fato ocorrer para, no caso do prejuízo, ter a cobertura dos possíveis eventos futuros e incertos (risco). Com o tempo, surgiu a figura do segurador para organizar o fundo mútuo, recolher os depósitos, examinar os eventos e indenizar o participante que sofreu o prejuízo.



Um **evento de risco** a ser coberto pelo seguro é, como vimos na história antiga, um evento futuro e incerto, que acontece de forma desigual entre as pessoas, e que, quando ocorre, causa dano ou perdas. O risco materializado é denominado de sinistro. O seguro é uma garantia de indenização pela perda econômica sofrida pela pessoa afetada. Mas, para isso, é necessário que o segurado **contribua solidariamente** para um fundo mútuo do qual saem os recursos para as indenizações ou coberturas que podem ser solicitadas por ele mesmo ou não.

O **plano de saúde**, portanto, além de ser um produto individual deve ser visto como um **bem coletivo**, que funciona segundo os princípios dos demais tipos de seguros, nos seus aspectos técnicos, atuariais e financeiros. Opera em regime de mutualismo formado pelas **mensalidades** pagas pelos beneficiários, o que garante os recursos para a operadora custear a assistência à saúde daqueles participantes que precisam dos serviços. A estrutura de financiamento baseado no mutualismo é o que torna viável financeiramente a oferta de planos e seguros de saúde.

UM CÁLCULO QUE NÃO EXCLUI



Os planos de saúde são estruturados conforme o perfil de risco, com mensalidades fixadas de acordo com faixas etárias para que os valores arrecadados sejam suficientes para cobrir custos segundo diferentes padrões de risco.

Sem essa classificação por faixas etárias, haveria seleção adversa que “consiste na auto-exclusão dos consumidores que têm gastos com saúde esperados inferiores ao prêmio cobrado no mercado. A exclusão desses consumidores eleva o custo médio do atendimento

para os que permanecem no plano, levando a um aumento do prêmio e nova exclusão dos consumidores” (CECHIN, José. *A história e os desafios da saúde suplementar*, 2008. – citação estudo FIPECAFI/ IESS). Apenas com consumidores de risco mais alto, o sistema não seria viável.

A legislação impõe limites à variação do valor cobrado conforme as faixas etárias, mas, como veremos, se essas limitações não devem comprometer o equilíbrio entre os prêmios e os riscos. Afinal, se isso ocorrer, não será possível garantir oferta de cobertura de saúde para todos a preços razoáveis.

SOB O ASPECTO ECONÔMICO-FINANCEIRO, A REGULAÇÃO DE PREÇOS DOS PLANOS E SEGURO DE SAÚDE DEVE GARANTIR OS SEGUINTE OBJETIVOS:



- Pagamentos aos prestadores de serviços em saúde dos eventos cobertos contratualmente;
- Reembolsos aos beneficiários previstos contratualmente;
- Manutenção de resultados financeiros positivos, não só para remunerar os investidores e possibilitar investimentos em melhorias de longo prazo, como também reservar recursos para o cumprimento das garantias financeiras exigidas pelo Órgão regulador.

Todas as operadoras de planos e seguros de saúde estão obrigadas a cumprir normas estabelecidas pela ANS, que determina a constituição de provisões e reservas financeiras para a garantia da solvência da operadora e da continuidade da prestação dos serviços aos seus beneficiários.



5

FORMAÇÃO DOS PREÇOS DOS PLANOS DE SAÚDE

Estrutura dos Preços

Perfil Etário das Despesas

Pacto Intergeracional

FORMAÇÃO DOS PREÇOS DOS PLANOS DE SAÚDE

Mensalidades adequadas ao risco que o segurado representa são essenciais para o equilíbrio econômico do plano de saúde. Categorizar o consumidor em grupos de risco homogêneos é necessário para a correta precificação das mensalidades e é justo para o consumidor, considerando que todos os beneficiários do plano naquele grupo de risco ou faixa etária pagarão mensalidades iguais, que corresponderão aos riscos desse grupo (risco aqui entendido como o custo médio da atenção à saúde do grupo).

5.1 | Estrutura dos Preços

O único fator previsto na normatização dos planos de saúde para a categorização dos consumidores é a **idade** (faixas etárias), sendo vedados outros fatores que influenciam o risco (gênero, hábitos de vida, ocupação profissional etc.).

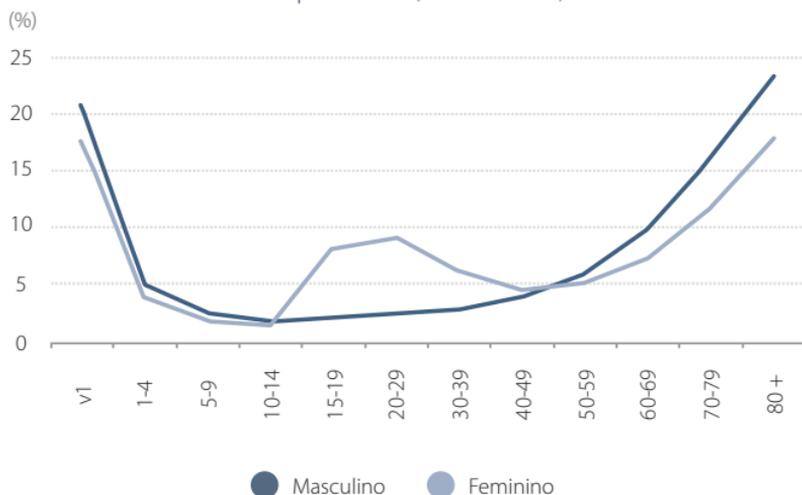
Portanto, o **perfil etário do risco define a estrutura dos preços do plano**. As tabelas de preços são estruturadas em faixas etárias. Quanto maior idade, maior a probabilidade de o consumidor necessitar da assistência, por isso os preços são maiores nas faixas etárias mais altas. Além disso, há a limitação de seis vezes o preço da última em relação à primeira faixa. Como a variação de custos supera a seis vezes, é forçado o subsídio cruzado dos mais jovens para os mais idosos, estimulando a antiseletividade.

5.2 Perfil Etário das Despesas

A faixa etária dos beneficiários é o principal fator a influenciar na precificação e na variação dos custos médicos – crianças e idosos utilizam mais serviços de saúde que o restante da população, assim como as mulheres em idade fértil, devido aos procedimentos obstétricos. Mas a lei não permite mensalidades diferenciadas por sexo. Isso acontece nos grupos populacionais de todos os países.

O Sistema Único de Saúde – SUS retrata também esse perfil etário. O Gráfico a seguir mostra a frequência de utilização (internação) dos serviços do SUS de acordo com a idade e com o gênero.

Gráfico 1 – Taxa de internações hospitalares (SUS - 2014)



As despesas são altas na primeira idade, pois hoje a tecnologia permite salvar prematuros de baixo peso ou recém-nascidos com problemas de formação ou saúde. Nos anos seguintes a despesa é menor e se

mantém em patamar baixo até por volta dos 45 anos de idade. A partir dessa idade as despesas médicas *per capita* crescem exponencialmente.

Note-se a grande diferença de despesas médicas *per capita* entre as diferentes faixas etárias acima dos 60 anos de idade. Na faixa dos 80 anos e acima, a utilização média está em torno de 20%, um pouco mais para os homens e um pouco menos para as mulheres.



ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

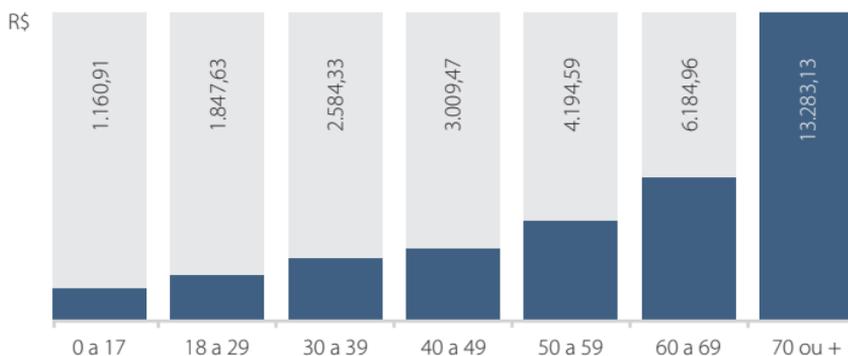
O envelhecimento da população mundial é um fenômeno social indiscutível. No Brasil, a sociedade está envelhecendo a um ritmo acelerado, sem precedentes. O percentual de pessoas com 65 ou mais anos de idade deverá dobrar em 20 anos, passando de 7% em 2011 para 14% em 2031. Essa duplicação da proporção de maiores de 65 anos levou 115 anos na França, 69 nos Estados Unidos, 65 no Canadá e 45 no Reino Unido.

O envelhecimento trará um aumento na incidência de **doenças crônicas** na população em virtude da maior proporção de idosos (mais propensos a terem múltiplas doenças crônicas) conforme revelam as pesquisas do IBGE. Particularmente pronunciados são os aumentos da incidência de problemas de coluna ou dor nas costas, da artrite e reumatismo e da hipertensão, que afetam menos de 5% da população menor de 15 anos de idade e mais de 45% acima dos 70 anos. A incidência do diabetes também cresce com a idade, de menos de 1% abaixo dos 30 anos para mais de 15% aos 70 anos¹.

Estudos estatísticos recentes indicam que hoje o perfil etário dos beneficiários de planos de saúde é mais envelhecido do que a população como um todo.

Os gráficos 2 e 3 a seguir reproduzem as faixas etárias hoje estabelecidas na legislação segundo pesquisa regular realizada pela Unidas, associação de operadoras na modalidade de autogestão (item 10.1 pg. 70). A pesquisa levanta os gastos médios per capita dos beneficiários de suas operadoras associadas para as sete faixas etárias no gráfico 2 (período 1999-2003 - Resolução CONSU 6/98), que admitiam reajustes até os 70 anos de idade, e para as dez faixas etárias no gráfico 3 (período a partir da vigência do Estatuto do Idoso - Resolução ANS 63/03).

Gráfico 2 – Custo assistencial médio por beneficiário segundo a faixa etária (7 faixas etárias)



Fonte: Pesquisa Unidas 2014.

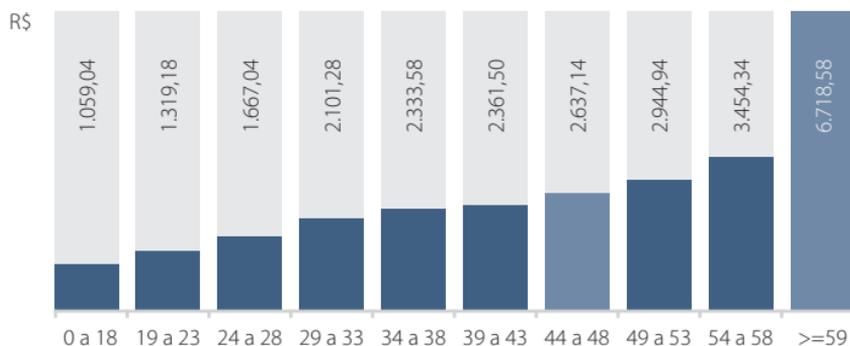
Custo médio assistencial por beneficiário por ano por faixa etária.

Observe no gráfico 2 a grande diferença de despesa com saúde média per capita nas faixas etárias de 50-59 anos (R\$ 4,1 mil), 60-69 anos (R\$ 6,1 mil) e 70 ou mais anos (R\$ 13,2 mil). A seguir, o gráfico 3, também da autogestão, retrata o perfil etário da despesa para as 10 faixas etárias.

A despesa média praticamente dobra na passagem da nona para a décima faixa etária, de R\$ 3,4 mil para R\$ 6,7 mil. Saliente-se que

o aumento não se deve a um salto no gasto médio (ou risco) do indivíduo que completou 59 anos de idade; o que aconteceu é que ele deixou uma faixa etária (54-58 anos) e ingressou na faixa seguinte que engloba todas as pessoas com 59 ou mais anos de idade, inclusive os centenários.

Gráfico 3 – Custo assistencial médio por beneficiário segundo a faixa etária



Fonte: Pesquisa Unidas 2014.
Custo assistencial anual por beneficiário e faixa etária.

Enfatiza-se que as despesas médias *per capita* **praticamente dobram** acima de 59 anos em relação à faixa imediatamente anterior, de 54 a 58 anos. Observe-se também que a a variação acumulada das despesas entre a primeira e a décima faixas etárias supera o limite de seis vezes estabelecido pela regulamentação.

Notas

¹ PNAD-1988/IBGE, que traz o percentual de pessoas com as doenças crônicas.



6

REGRAS DE REAJUSTES POR FAIXA ETÁRIA

Faixas etárias previstas na legislação

Por que existem faixas etárias diferenciadas, antes de 1º de janeiro de 2004 e a partir dessa data?

Como é feito o reajuste por mudança de faixa, se o meu plano for anterior à Lei 9.656/98?

REGRAS DE REAJUSTES POR FAIXA ETÁRIA

Este reajuste ocorre quando o beneficiário completa uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se encontrava antes. O contrato do plano de saúde deverá prever um percentual de aumento para cada mudança de faixa etária. Como já vimos anteriormente, esse raciocínio se baseia no fato de que, em geral, por questões naturais, quanto mais avança a idade da pessoa, mais necessários se tornam os cuidados com a saúde e mais frequente é a utilização de serviços dessa natureza. Há, portanto, aumento de risco e, com isso, aumento no gasto médio.

**Para esse tipo de aumento,
as regras são as mesmas
para planos coletivos ou
individuais/familiares.**

6.1 | Faixas etárias previstas na legislação

As faixas e os percentuais a serem adotados para o reajuste devem estar claramente dispostos nos contratos. A definição de quais seriam essas faixas variou ao longo do tempo. Saiba como:

- As faixas eram inexistentes nas normas para contratos até 1998, os contratos podiam estabelecê-las;
- Planos contratados entre 2 de janeiro de 1999 e 31 de dezembro de 2003 as faixas eram regidas pela Resolução CONSU 06/98 – **7 faixas**;
- A partir de 1º de janeiro de 2004 até a presente data são regidas pela Resolução Normativa - RN nº 63/03 – **10 faixas**.

Se o percentual de reajuste não constar expressamente em seu contrato, a operadora não poderá aplicar esse aumento.



A variação de preço na mudança de faixa etária, fixadas pela operadora, respeita a relação de seis vezes entre o valor para a última faixa e o da primeira. Já a RN nº 63 introduziu uma nova regra: a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

A Tabela a seguir resume o conjunto das regras aplicáveis à fixação de preços por faixa etária dos planos de saúde e demonstra a relação das faixas etárias para os dois normativos:

Tabela 1 – Faixas etárias aplicáveis aos planos de saúde

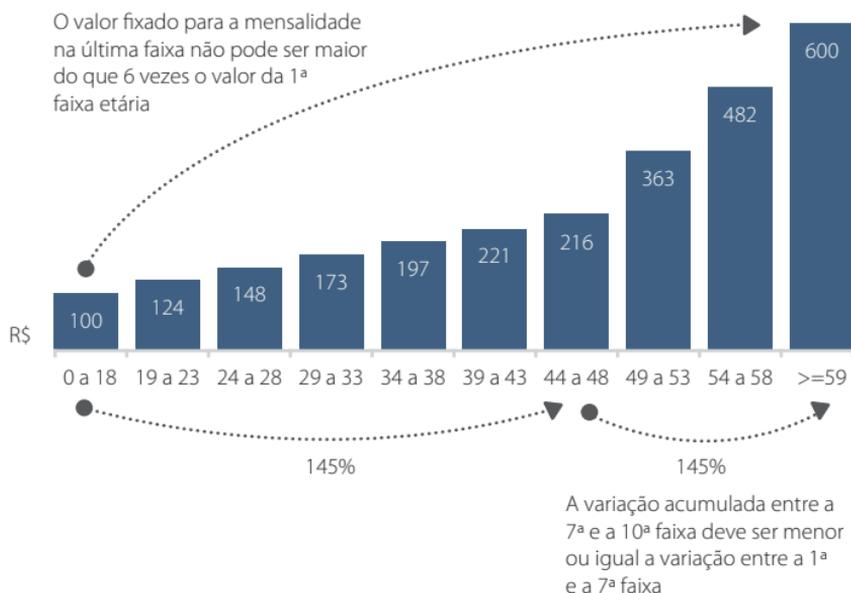
POR CONTRATO CELEBRADO	RESOLUÇÃO CONSU N° 06/98 (entre 1/01/99 e 31/12/03)	RESOLUÇÃO NORMATIVA N° 63/03 (a partir de 1/01/04)
Faixas Etárias	<p>7 faixas:</p> <p>0 a 7 18 a 29 30 a 39 40 a 49 50 a 59 60 a 69 70 ou mais</p>	<p>10 faixas:</p> <p>0 a 18 19 a 23 24 a 28 29 a 33 34 a 38 39 a 43 44 a 48 49 a 53 54 a 58 59 ou mais</p>
Percentuais de reajuste por faixa etária	Definidos no contrato	
Razão entre a última e a primeira faixa etária	O valor fixado para a mensalidade na última faixa não pode ser maior do que 6 vezes o valor da primeira faixa etária	
Demais regras	Não poderá haver aumento da mensalidade para beneficiário com 60 anos ou mais que permanece no plano há mais de 10 anos	A variação acumulada entre a 7ª e a 10ª faixas não poderá ser maior que a variação entre a 1ª e a 7ª faixas

A nova regra introduzida pela RN nº 63 busca reduzir os percentuais de variação nas últimas faixas etárias (acima de 49 anos), fazendo com que parte das variações que recairiam normalmente sobre as três últimas faixas sejam diluídas pelas primeiras sete faixas.

EXEMPLO DE COMO É FEITA A PRECIFICAÇÃO DE UM PLANO:

O quadro a seguir apresenta um **exemplo de precificação** de um plano de saúde considerando as duas regras de limitação da variação entre as dez faixas etárias:

Gráfico 4 – Precificação considerando as dez faixas etárias



A nova regra amplia a solidariedade entre as gerações, abordada no item 6.2 a seguir, na expectativa das gerações mais novas possuírem capacidade financeira para entrar no mercado de saúde suplementar, aderindo a um plano ou seguro privado de saúde.

6.2 | Pacto Intergeracional

Existem diferentes formas de precificar os planos de saúde uma vez conhecido o perfil etário do gasto médio ou o risco:

- (1) solidariedade entre toda a população, também chamado de *Community Rating*;
- (2) individualismo extremo – cada qual pagando conforme o risco de sua idade ou mesmo o risco pessoal;
- (3) a opção brasileira, que embute uma solidariedade parcial implícita entre as gerações.

Se a opção fosse adotar um preço único para todos independentemente da idade – mutualismo e solidariedade entre toda a população segurada – os jovens teriam que arcar com uma mensalidade muito mais alta do plano, ao contrário dos idosos.

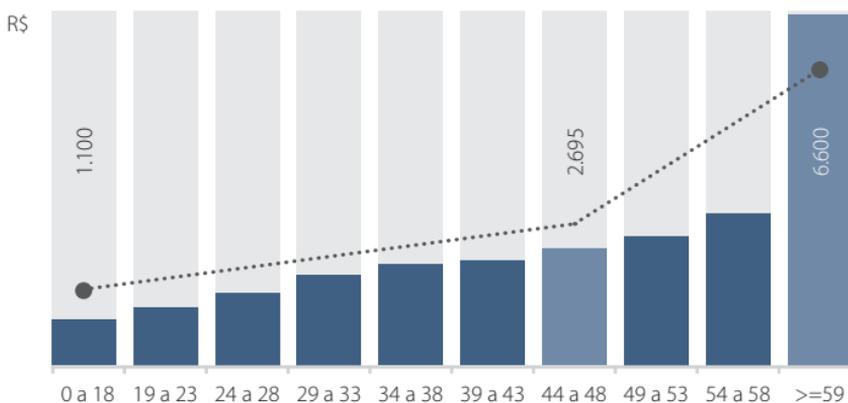
A resposta seria a adesão de idosos, com maiores problemas de saúde, e o desinteresse de pessoas mais jovens em aderir ao plano, fenômeno conhecido como seleção adversa. Com isso, o valor da mensalidade tenderia ao perfil do idoso.

Por outro lado, a opção diametralmente oposta seria precificar para cada idade, conforme seu risco, eliminando a seleção adversa. Essa opção criaria dificuldades para os idosos manterem seus planos, pois poucos teriam renda para pagar.

A regulamentação de **diferenciação dos preços por faixa** etária optou por um modelo intermediário misto, que traduz uma **escolha da sociedade brasileira** de um pacto implícito entre gerações. Segundo o modelo, as pessoas mais jovens são chamadas

a contribuir para o financiamento do plano dos idosos (linha pontilhada no gráfico a seguir).

Gráfico 5 – Linha da precificação hipotética segundo faixa etária¹



Fonte: Pesquisa Unidas 2014.

Custo assistencial anual por beneficiário e faixa etária, conforme gráfico 3.

Nota¹: Linha de precificação hipotética, aderente às regras.

As pessoas em idade ativa, em geral, têm um prêmio, ou mensalidade, acima do necessário para a cobertura do risco para que os idosos possam ter um prêmio, ou mensalidade, abaixo do necessário para cobrir seu risco.

As pessoas mais jovens contribuem com parte do financiamento do plano dos idosos, a partir de regras que veremos a seguir mais detalhadamente, que limitam o preço cobrado aos idosos em no máximo seis vezes o preço cobrado na primeira faixa etária.

Se os preços dos planos de saúde estão altos frente à renda média da faixa acima de 59 anos, estão baixos frente ao custo médio *per capita* acima dessa idade.

6.3

Por que existem faixas etárias diferenciadas, antes de 1º de janeiro de 2004 e a partir dessa data?

Porque em 1º de janeiro de 2004 entrou em vigor o **Estatuto do Idoso** (Lei nº 10.741, de 01/10/2003), que proibiu a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade, considerando idosos aqueles com 60 anos ou mais. Com a publicação desta lei, foi necessário redefinir as faixas etárias regulamentadas, sendo editada a Resolução Normativa nº 63/03.

O reajuste por variação de custos não foi alterado pelo Estatuto do Idoso, pois não é aplicado em função da idade. Assim, os planos de saúde de pessoas com 60 anos ou mais, contratados a partir de 01/01/2004, terão apenas o **reajuste anual**.

As regras de reajuste de mensalidade por faixas etárias dependem da data de contratação do plano.

- Até 1998, o contrato estabelece;
- De 1999 a 2003 - 7 faixas com possibilidade de variações até os 70 anos;
- A partir de 2004 - 10 faixas, sendo a última variação aos 59 anos.

No âmbito judicial existem diversas ações requerendo a aplicabilidade retroativa da Lei. No entanto, esta questão ainda não está pacificada pelo Judiciário. Uma linha entende que o Estatuto do Idoso se aplica a todas as pessoas que completarem 60 anos a partir da vigência da Lei, não se submetendo às cláusulas contratuais firmadas anteriormente à Lei. Outra corrente se apoia na irretroatividade constitucional ao entender que os contratos anteriores ao Estatuto do Idoso mantêm válidas suas cláusulas, podendo, nesses casos, haver reajustes após os 60 anos de idade, conforme as cláusulas contratuais firmadas anteriormente à Lei.

6.4 Como é feito o reajuste por mudança de faixa, se o meu plano for anterior à Lei 9.656/98



CONTRATADO ANTES DE
1º DE JANEIRO DE 1999

Nesse caso, o reajuste deve ser aplicado conforme a tabela de faixa etária e os percentuais de variação **estabelecidos em seu contrato**. Caso haja a previsão do reajuste por mudança de faixa etária no contrato, porém sem os percentuais de variação, a operadora de planos de saúde não poderá efetuar os reajustes. Só poderá efetuar-los se atendidos requisitos específicos detalhados na Súmula Normativa nº 03/01 da ANS¹.

Cabe ressaltar que, anteriormente a Lei 9.656/98, os seguros-saúde e os planos de saúde precificavam por faixa etária de acordo com o risco inerente à idade, ou seja, cada um pagaria conforme o risco de sua idade, além da possibilidade de estabelecerem faixas acima de 60 anos.

Hoje, portanto, podemos considerar que os preços praticados para idosos, principalmente aqueles acima de 70 anos, **não estão altos** se olharmos para a precificação individualizada por faixa etária que existia antes da publicação da Lei dos Planos de Saúde.

Notas

¹ Desde que esteja prevista a futura variação de preço por faixa etária nos instrumentos contratuais, serão consideradas pela ANS as tabelas de venda e tabelas de preço anexas ou referidas nos textos contratuais informadas pelas operadoras, para fins de verificação da previsão de variação por faixa etária prevista no inciso IV do § 1º do art35- E, da Lei nº 9.656, de 1998.



4X

10X

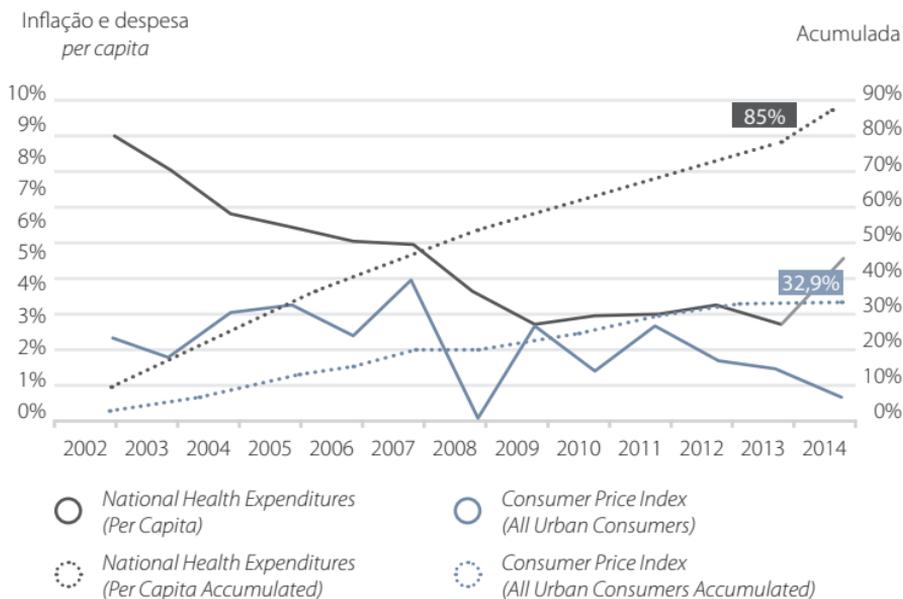
7

EVOLUÇÃO
DOS CUSTOS

EVOLUÇÃO DOS CUSTOS

A tendência de aumentos de preços dos materiais e serviços hospitalares, medicamentos, honorários médicos, exames, entre outros, acima dos índices gerais de inflação, vem se manifestando há muitos anos no Brasil. O mesmo ocorre em outros países que, independentemente do grau de desenvolvimento social, buscam equalizar a capacidade de financiamento público-privado com os crescentes custos da assistência à saúde. O resultado é o crescimento das despesas *per capita* com saúde muito acima dos índices de inflação, como mostra o gráfico 5 para os EUA.

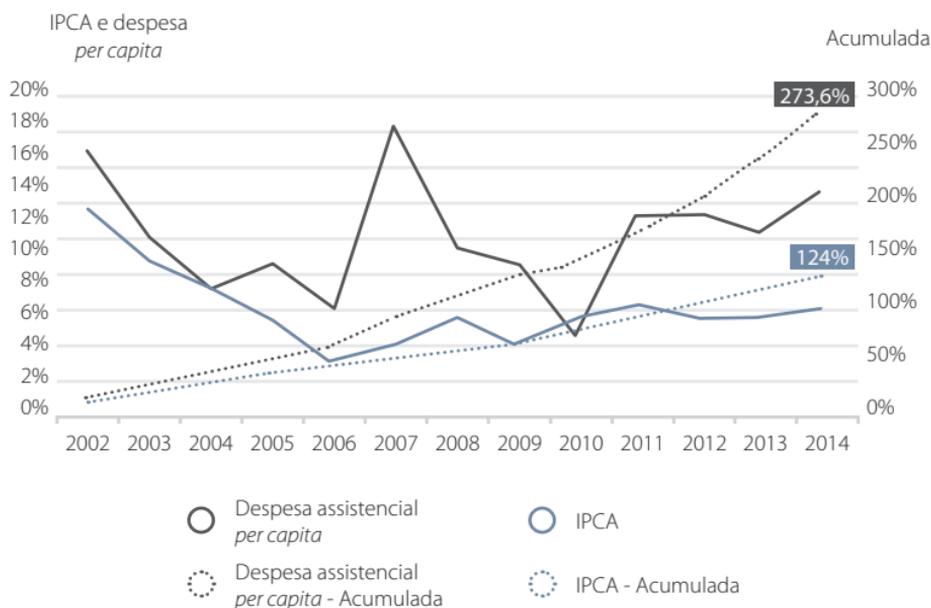
Gráfico 5 – EUA – Variação (%) da despesa assistencial *per capita* e inflação



Fontes: Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group; U.S. Department of Commerce, Bureau of Economic Analysis; and U.S. Bureau of the Census. Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary.

O gráfico a seguir demonstra que a variação dos custos com assistência médico-hospitalar se mostra sistematicamente mais alta do que o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA. **Essa defasagem não vem sendo integralmente compensada nos reajustes das mensalidades dos planos e seguros de saúde.** Isso ocorre pela impossibilidade de absorver os reajustes pela pessoa jurídica contratante e pela metodologia aplicada nos contratos individuais. É isso que explica a tendência de alta nos índices de sinistralidade das operadoras que prestam assistência médico-hospitalar.

Gráfico 6 – Brasil – Variação (%) da despesa assistencial *per capita* na saúde suplementar e IPCA



Fontes: Sistema de informações de beneficiários - SIB/ANS/MS - Tabnet - Extraído em: 29/6/15. IBGE - Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor IPCA - INPC - Número Índice (Dez 93 = 100) - Extraído em: 29/6/15.

No Brasil, a despesa assistencial *per capita* na saúde suplementar, entre 2001 e 2014, cresceu 273,6%, enquanto a variação acumulada do IPCA foi de 124,0%. Em termos reais, o crescimento acumulado da despesa assistencial *per capita* foi de 66,8%, acima da inflação e muito acima da taxa observada nos Estados Unidos (39,2% acima da inflação americana).

Tabela 2 – Variação Acumulada (Brasil vs EUA) 2001 - 2014

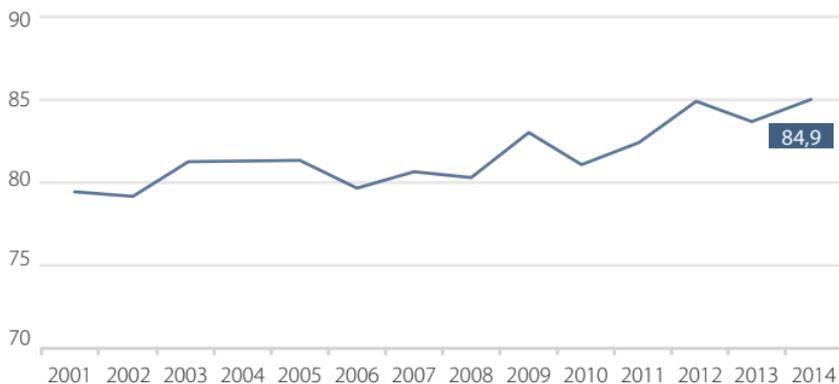
Brasil	DA - Despesa assistencial <i>per capita</i>	273,6%
	Inflação - IPCA	124%
	Despesa assistencial real <i>per capita</i>	66,8%
EUA	DA - National Health Expenditures (Per Capita Amount)	85%
	Inflação - Inflação - Consumer Price Index - All Urban Consumers	32,9%
	Despesa assistencial real <i>per capita</i>	32,9%

CRESCIMENTO ACIMA DA INFLAÇÃO: DESPESA ASSISTENCIAL *PER CAPITA* (2001 - 2014)



Encontram-se no tópico 10.2 deste guia informações detalhadas e abordagem mais ampla sobre a questão da sinistralidade dos planos e seguros de saúde.

Gráfico 7 – Sinistralidade (%) – Planos de assistência médica



Fonte: Documento de informações periódicas das operadoras de planos de assistência à saúde - DIOPS/ANS - Extraído em 11/6/15.

O aumento dos custos *per capita* na saúde e a tendência de continuidade desse quadro estão associados, em grande parte, às **novas tecnologias** capazes de expandir o número de tratamentos e, conseqüentemente, ampliar o consumo na área da saúde e prolongar a vida.

Em diversos setores econômicos a inovação tecnológica pode melhorar a qualidade do produto, a produtividade e, como consequência, a redução do custo do produto ou serviço.

No setor de saúde não é bem assim: novas tecnologias são disponibilizadas pela indústria de materiais e equipamentos

hospitalares com acentuada frequência. Medicamentos e exames de alta complexidade, na maioria importados, são incorporados aos tratamentos demandados pelos beneficiários de planos de saúde.

A consequência disso é que o ritmo acelerado de inovações, característico dos tempos atuais, faz com que as novidades sejam incorporadas à prática assistencial diária antes que aquela já em uso alcance sua maturidade em termos de retorno econômico. Isso impede que a tecnologia reduza custos na saúde privada.

Se por um lado as operadoras não têm a possibilidade de exercer algum tipo de controle sobre a utilização das novas tecnologias incorporadas ao rol de coberturas a cada dois anos pela ANS, avaliando o custo-efetividade a ser obtido, por outro são submetidas a um forte limite de repasse dos custos para as mensalidades.

Por um lado, se enfrenta a incorporação de novas tecnologias ao rol de coberturas sem a devida avaliação do custo-efetividade, e por outro o forte limite regulatório de repasse dos custos crescentes para as mensalidades.



8

CONTROLE DE PREÇOS
DOS PLANOS DE SAÚDE

CONTROLE DE PREÇOS DOS PLANOS DE SAÚDE

A configuração do plano de saúde e seus preços de venda, estabelecidos por faixa etária, são de livre determinação das operadoras.

O Setor de Saúde Suplementar não limita a competição entre as operadoras a ponto de adoção de controle de preços do setor por parte do Estado.

Para comercializar o plano de saúde, as operadoras devem submeter à ANS um estudo atuarial-financeiro, denominado Nota Técnica de Registro de Produto – NTPR¹, para planos individuais ou familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais até 30 beneficiários.

Essa Nota demonstra os custos dos **serviços de assistência em cada faixa etária** e os valores comerciais a serem praticados, evidenciando os percentuais de variação do preço e a razão de sua existência. Com o documento, a ANS avalia a fundamentação técnico-atuarial das variações de preço por faixa etária e se os **preços serão suficientes** para cobrir as despesas assistenciais, administrativas e de comercialização do plano.

A amplitude da cobertura assistencial do plano gradua o nível dos preços do produto. As possibilidades com relação aos tipos de cobertura estão descritas na página 74 (10.3) deste guia.

¹ É o documento que justifica a formação inicial dos preços dos planos de saúde por meio de cálculos atuariais.



9

SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA

Pressão de gastos na saúde

Utilização adequada e responsável do Plano

Judicialização – alternativa prejudicial ao próprio consumidor

SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA

9.1 | Pressão de gastos na saúde

A pressão de gastos na assistência à saúde está diretamente relacionada às aspirações legítimas do consumidor de viver mais e melhor. Isso significa ter acesso a todos os avanços em termos de medicamentos, tratamentos e equipamentos. Esse crescimento de gastos superiores aos índices médios de variação dos preços da economia e ao crescimento da renda das famílias, no entanto, inibe a capacidade ou disposição de pagar das pessoas e empresas.

No Brasil, como em outros países, a estrutura de pagamento da assistência médica privada é feita por procedimentos médico-hospitalares, fazendo com que haja maior utilização de exames complexos e maior uso de materiais caros, nem sempre com comprovação ou registro do grau de benefício obtido pelos pacientes.

FATORES QUE IMPACTAM OS CUSTOS E A UTILIZAÇÃO *PER CAPITA* DO PLANO:



A falta de conscientização e de conhecimento específico dos beneficiários para o uso criterioso dos serviços cobertos pelo plano;



O aumento da proporção de idosos na população decorrente da maior expectativa de vida com os efeitos da extensão do envelhecimento;



Ampliação e incorporação de novas tecnologias ao rol de coberturas obrigatórias aplicadas aos contratos já comercializados, sem a devida previsão do custo no cálculo atuarial;



Substituição de materiais e medicamentos menos dispendiosos por outros mais caros no âmbito dos serviços prestados na rede hospitalar privada;



A judicialização da saúde;



O desperdício resultante de indicações inadequadas.

Como consequência, os consumidores e empresas se deparam com a gradativa redução das pequenas e médias operadoras por fusões, incorporações ou simples fechamento da empresa; e a maior necessidade de escala, para fazer frente aos riscos crescentes do negócio.

Esse quadro vem expondo um número crescente de operadoras, particularmente entre as de menor porte, a enormes dificuldades financeiras. A tabela a seguir mostra que nos últimos anos, o **crescimento da despesa total superou o da receita** de contraprestações, comprimindo o resultado operacional do setor.

Tabela 3 – Resultado operacional - Mercado (R\$ bilhões)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Receita	66,6	73,4	85,3	97,2	112,8	130,4	134,4
Despesa Total	68,3	75,4	86,0	98,5	112,7	131,0	134,8
Despesa Assistencial	54,1	60,0	68,9	79,9	91,6	107,1	110,5
Despesa Administrativa ¹	13,0	13,9	15,5	16,7	18,8	21,1	21,5
Impostos	1,1	1,3	1,6	1,9	2,3	2,8	2,8
Resultado Operacional	(1,7)	(1,8)	(0,7)	(1,3)	0,1	(0,6)	(0,4)

Fonte: Documento de informações periódicas das operadoras de planos de assistência à saúde - DIOPS/ ANS - Extraído em 11/6/15.

Nota: ¹ Considera as despesas com comercialização. *Últimos doze meses terminados em março de 2015.

9.2 | Utilização adequada e responsável do Plano

Assim como se espera do consumidor o **uso consciente** da água, da energia elétrica e de todos os bens comuns, é preciso que se tenha a mesma atitude no uso do **plano de saúde**. A partir do entendimento de que o plano de saúde é um seguro coletivo, quando você precisar usar, as despesas serão pagas por todos os outros participantes. Dessa forma, o uso consciente do plano de saúde beneficia a todos e pode até diminuir os reajustes nas mensalidades.

O uso consciente do plano de saúde beneficia a todos e pode até diminuir os reajustes nas mensalidades.

A forma de funcionamento dos planos de saúde faz com que, muitas vezes, o beneficiário tenha a impressão de que os serviços de saúde são gratuitos. Essa percepção se dá pois se paga o plano em um momento e se usa em outro, separado. Isso faz com que haja **uso excessivo dos serviços** assistenciais – como repetir procedimentos sem justificativa ou escolher os mais dispendiosos mesmo na existência de procedimentos mais econômicos e igualmente eficazes².

Os beneficiários estão cientes de seus direitos e reivindicam sua satisfação. No entanto, **não há direitos sem deveres**. Entre os deveres do beneficiário, além de manter-se em dia com as mensalidades, está o uso coerente dos serviços de assistência à saúde. Ou seja, o uso na medida certa: nem mais, por representar desperdício e para evitar efeitos colaterais nocivos; nem menos, para não prejudicar sua saúde.

CONHEÇA ORIENTAÇÕES E DICAS DAS OPERADORAS PARA O BOM USO DO PLANO OU SEGURO DE SAÚDE:



O cartão de identificação do beneficiário é nominativo e intransferível. A utilização por terceiros é considerada fraude;



Apesar de ser direito de todos, procure deixar o SUS para quem não tem plano de saúde. O SUS gera o registro de todos esses atendimentos por meio um sistema de controle operacionalizado pela ANS, chamado de "Ressarcimento ao SUS", que emite cobranças, para as operadoras, das despesas realizadas por seus beneficiários;



Se o caso não for de especialidade já definida, procure marcar sua consulta com um clínico geral, que irá examiná-lo e direcioná-lo ao especialista, se for o caso. A experiência internacional mostra que a grande maioria dos problemas pode ser resolvida em consultório;



Não faça exames médicos que não sejam necessários, pois assim você evita seus efeitos adversos em seu corpo. Guarde seus exames clínicos e sempre que for a uma consulta leve consigo os exames anteriores para auxiliar no diagnóstico médico;



Utilize o pronto-socorro somente em casos de Urgência (casos de acidentes pessoais ou complicações na gestação) ou Emergência (casos que implicam risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao paciente).

9.3 | Judicialização – Alternativa prejudicial ao próprio consumidor

A Constituição Federal definiu nos artigos 196 e 198 que a saúde é “direito de todos e dever do Estado”. No entanto, admitiu nos artigos 197 e 199, a participação da iniciativa privada de forma complementar, vinculada ao SUS, por meio de convênios ou contratos de direito público. Aos particulares restou a atuação suplementar decorrente da relação contratual entre as operadoras de planos e seguro saúde e os beneficiários ou suas empresas, sindicatos ou associações, como também aquela tipicamente privada onde a assistência à saúde é remunerada diretamente pelo próprio interessado.

Apesar da clareza constitucional separando os papéis público e privado na assistência à saúde, vemos que **o consumidor é levado muitas vezes a acreditar que pode, por meios judiciais, obter um direito que não contratou e pelo qual não pagou.**

Esse comportamento significa obter vantagem sobre a maioria, comprometendo a mutualidade do sistema. As leis federais e as normas editadas pela Agência Reguladora estão sendo contestadas com decisões liminares contra as operadoras por juízes que, na presunção de que o beneficiário tem certa prerrogativa, sentenciam a seu favor. Nem sempre essa alternativa representa um direito legítimo do consumidor, se tornando prejudicial ao próprio beneficiário do plano.

Essa judicialização que concede vantagens que, a rigor, não são devidas, é um poderoso estimulante da própria judicialização.

No caso da incorporação de novas tecnologias aos tratamentos médico-hospitalares, como invariavelmente as questões envolvem conhecimento extremamente específico, os juízes costumam conceder liminares autorizando o uso de materiais mais caros. São inúmeros exemplos que exigem o enfrentamento do problema na esfera judicial entre operadoras, beneficiários, empresas e prestadores, elevando o custo da assistência à saúde e gerando insegurança para o equilíbrio econômico do setor.

Uma das consequências mais visíveis da judicialização, danosa ao setor da saúde suplementar, além de deseducar o consumidor, é o desestímulo ao investimento privado pela fragilização das regras e leis, afastando o empreendedorismo e comprometendo o desenvolvimento do setor.



10

APÊNDICE

Estrutura do Mercado
de Saúde Suplementar

Receita, Despesa e
Sinistralidade do Setor

Tipos de Cobertura
do plano de saúde

APÊNDICE

10.1 | Estrutura do Mercado de Saúde Suplementar

A Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98) abrigou todas as diferentes modalidades de empresas que operavam planos e seguros de saúde, designando-as de operadoras, mas respeitando a forma jurídica particular de cada modalidade.

Quanto aos tipos de atenção prestada, as operadoras de planos de assistência à saúde dividem-se em: empresas ou entidades que operam planos médico-hospitalares com ou sem odontologia ou obstetrícia; e, empresas ou entidades que operam exclusivamente planos odontológicos.

A SAÚDE SUPLEMENTAR É UM SETOR COMPOSTO POR SETE MODALIDADES DE OPERADORAS:

- Medicinas de grupo;
- Cooperativas médicas;
- Seguradoras especializadas em saúde;
- Autogestões;
- Filantropias;
- Odontologias de grupo e
- Cooperativas odontológicas.

Além dessas modalidades de atuação no mercado, existem as Administradoras de benefícios, não consideradas operadoras por não possuírem carteira própria de beneficiários e não assumirem o risco atuarial da carteira.

MEDICINA DE GRUPO E ODONTOLOGIA DE GRUPO

A medicina de grupo comercializa planos de saúde para pessoas físicas e pessoas jurídicas. O beneficiário faz uso de uma estrutura assistencial própria e/ou credenciada (contratada) pela operadora (médicos, hospitais, laboratórios e clínicas), ou seja, a operadora pode estruturar sua rede assistencial com prestação de serviços parcialmente ou integralmente própria, ou totalmente credenciada.

A odontologia de grupo comercializa planos exclusivamente odontológicos, para pessoas físicas ou jurídicas. Estes podem constituir rede de serviços própria ou contratar terceiros. Os planos dessas operadoras podem ou não oferecer garantia de cobertura mediante reembolso.

COOPERATIVA MÉDICA E COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

Operadora organizada segundo a Lei 5.764/1971 (Lei do Cooperativismo), a cooperativa é uma sociedade de pessoas sem fins lucrativos, formada pela associação autônoma de pelo menos 20 pessoas que se unem voluntariamente em uma sociedade coletiva e de interesse comum. Essas operadoras podem comercializar planos para pessoa física ou jurídica, constituir uma rede de serviços própria ou contratar terceiros. A cooperativa odontológica comercializa planos exclusivamente odontológicos.

SEGURADORA ESPECIALIZADA EM SAÚDE

Com a aprovação da Lei 9.656/98, que criou o Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, e da Lei 9.961/00, que criou a ANS, o seguro-saúde foi equiparado ao plano privado de assistência à saúde. A Lei 10.185/01 disciplinou o seguro-saúde como plano privado de assistência à saúde, e a sociedade seguradora especializada em saúde como operadora de plano de assistência à saúde. Para as seguradoras que já operavam seguro-saúde em 2001 foi determinado que providenciassem a especialização até 1º de julho daquele ano, quando passaram a ser disciplinadas pelo CONSU e pela ANS.

Por meio da RDC 65/2001 a ANS regulamentou esse segmento aplicando, no que coubesse, o disposto nas normas da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP e do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP, publicadas até 21/12/2000, cujas matérias não tivessem sido disciplinadas pela ANS e pelo CONSU. Em 2009 a RDC 65 foi revogada marcando o fim da regulação da SUSEP que ainda alcançava as seguradoras especializadas em saúde.

Essas operadoras não possuem rede própria, mas devem oferecer a garantia de cobertura por meio de rede referenciada ou mediante reembolso, uma vez que o beneficiário pode ou não aceitar a indicação feita pela seguradora. Quando o beneficiário escolhe um prestador referenciado a seguradora paga diretamente ao prestador de serviços integrantes da rede. Quando o beneficiário opta pela livre escolha de estabelecimentos ou profissionais de saúde não referenciados pela seguradora, recebe reembolso das despesas de acordo com limites estabelecidos em contrato no prazo máximo de 30 dias após a entrega de toda a documentação solicitada pela operadora.

AUTOGESTÃO

Pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que opera plano de saúde, criada por empresas, associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de categorias profissionais ou assemelhados, com o objetivo de prestar assistência à saúde exclusivamente a seus empregados, ex-empregados, administradores, ex-administradores, associados e dependentes do grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários. Podem ser entidades públicas ou privadas patrocinadas, gerenciar o plano por intermédio do departamento de recursos humanos, ou ser constituídas por associação ou fundação, sem patrocinadora, para determinada categoria profissional, e são impedidas de ofertar planos para o público em geral.

FILANTROPIA

Entidades hospitalares sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e possuem o certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo Ministério competente, dentro do prazo de validade, bem como a declaração de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais, na forma da regulamentação normativa específica vigente.

Santas Casas da Misericórdia e hospitais de congregações, associações, fundações e sociedades beneficentes são exemplos de entidades que mantêm serviços de saúde beneficentes e operam planos de saúde.

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

Empresa que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados coletivos de assistência à saúde, podendo, inclusive, efetuar a cobrança ao beneficiário por delegação. Não assume o risco atuarial da carteira de beneficiários e atua na intermediação entre os clientes e os planos de saúde.

10.2 | Receita, Despesa e Sinistralidade do Setor

Conforme os dados apresentados na Tabela a seguir, o setor de saúde suplementar, em março de 2015, atingiu uma receita total de R\$ 134,4 bilhões em doze meses. O total das despesas no mesmo período chegou a R\$ 134,8 bilhões com o pagamento a profissionais e estabelecimentos prestadores de serviços de assistência médico-hospitalar ou odontológica, com despesas administrativas, de comercialização e impostos.

NO CADASTRO DA ANS EXISTEM:

- 72,2 milhões de vínculos contratuais entre planos médicos e odontológicos;
- 55,9 milhões de beneficiários possuem planos de assistência médica com ou sem odontologia e;
- 16,3 milhões de beneficiários tem planos exclusivamente odontológicos.

A sistemática atual de contabilização do número de vínculos não permite identificar os casos de beneficiários que tem um plano médico e outro plano odontológico independente.

Pode-se afirmar que mais de 1/4 da população brasileira tem plano de saúde nas 1.199 operadoras com registro ativo na ANS.

O índice de sinistralidade média de 83,3%, em março de 2015, das operadoras com planos médicos, significa que para cada cem reais pagos pelos beneficiários, aproximadamente oitenta e quatro reais foram utilizados na assistência à saúde. Os 16,7% restantes são utilizados para cobrir as despesas operacionais e administrativas (folha de pessoal, comissões de corretagem, aluguéis, sistemas de informática, garantias financeiras, impostos, resultados para os acionistas etc): além de fornecer uma margem para o retorno adequado ao investidor.

Como se nota, nesse período, as despesas totais superaram as receitas deixando para o setor como um todo um resultado negativo. Obviamente, há no conjunto de operadoras aquelas que têm resultados positivos.

O índice de Sinistralidade representa a razão entre as despesas com assistência à saúde (pagamentos a profissionais de saúde, hospitais, clínicas, serviços, materiais e medicamentos hospitalares) e as receitas de contraprestações provenientes das mensalidades dos beneficiários.

De modo geral, nas avaliações econômico-financeiras das operadoras e nos cálculos atuariais para comercialização dos planos, são considerados percentuais de sinistralidade que variam de 70 a 75%, para que além do financiamento das operações de assistência à saúde seja garantida margem suficiente para cobrir as demais despesas operacionais e administrativas.

Todavia, com o índice de sinistralidade média em torno de 84%, para os planos de assistência médica excetuando-se os exclusivamente odontológicos, que supera em muito os índices ideais, a liquidez do sistema e a solvência da maioria das operadoras de planos e seguros de saúde se tornam incertas. Os altos patamares de sinistralidade

observados nas operadoras que prestam assistência médico-hospitalar se devem à dificuldade de repassar toda a variação de custos aos consumidores e à política de reajuste dos planos individuais e familiares, que tem sua autorização expedida previamente pela ANS.

Tabela 1 – Estrutura do Mercado de Saúde Suplementar

MODALIDADE	Março 2015		Últimos 12 meses terminados em Março de 2015		
	Operadoras ¹	Beneficiários ²	Receita (R\$ bilhões) ³	Despesa Total (R\$ bilhões) ⁴	Sinistralidade ⁵ (%)
Mercado ⁶	1.199	72,2	134,4	134,8	82,2
Cooperativa médica	311	19,9	46,0	45,7	82,7
Medicina de Grupo	299	20,9	37,2	36,7	80,3
Seguradora especializada em saúde	11	8,2	30,0	29,5	85,8
Autogestão	179	5,6	14,8	16,2	93,4
Filantropia	62	1,3	2,2	3,5	79,6
Odontologia de grupo	226	13,1	2,3	1,8	39,7
Cooperativa odontológica	111	3,2	0,6	0,6	58,0

Fontes: Documento de informações periódicas das operadoras de planos de assistência à saúde - DIOPS/ANS - Extraído em 11/6/15. Sistema de informações de beneficiários - SIB/ANS/MS - Tabnet - Extraído em 21/5/15.

Notas: ¹ Quantidade de operadoras com registro ativo e com beneficiários. ² Quantidade em milhões.

³ Considera as operadoras que divulgaram o resultado de receita de contraprestações. ⁴ Considera o as operadoras que divulgaram os resultado de despesa assistencial, administrativa, com comercialização e impostos. ⁵ Razão entre despesa assistencial e receita de contraprestações. ⁶ Considera 1.199 operadoras em atividade e com beneficiários em mar/15. Considera o resultado das administradoras de benefícios.

10.3 | Tipos de Cobertura dos Planos de Saúde

Para a definição dos preços do plano, determinados conforme o perfil etário das despesas, também influenciam os seguintes principais fatores: a amplitude da cobertura, o tipo de contrato, a abrangência da cobertura, a rede prestadora de serviços, a acomodação hospitalar (quarto ou enfermaria), os mecanismos de regulação financeira (franquia e coparticipação). Alguns contratos possuem rede de livre escolha e a mensalidade varia de acordo com o tipo de reembolso.

A composição dos tipos de cobertura do plano, opção do consumidor, define o parâmetro de preços do plano.

A amplitude da cobertura é um fator determinante para a formação do preço, e quem define isso é a pessoa física ou jurídica que contrata a assistência à saúde. As operadoras podem ofertar aos consumidores planos com cobertura ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, e odontológica. Essas coberturas, à exceção da obstetrícia, podem ser contratadas individualmente. Ou seja, pode-se optar por um plano apenas ambulatorial ou hospitalar, ou odontológico.

Todas as operadoras que comercializam planos médicos devem dispor de um produto completo para oferecer ao contratante. Esse plano é conhecido como **referência** e deve garantir, obrigatoriamente, a cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com acomodação em enfermaria.

A segmentação dos planos foi estruturada pela ANS da seguinte forma: ambulatorial (consultas, inclusive pré-natal, exames e cirurgias sem internação hospitalar); hospitalar (internação hospitalar);

odontológica (consultas, exames e tratamentos odontológicos); referência (assistência médico-hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, no padrão de acomodação em enfermaria).

ABRANGÊNCIA DA COBERTURA

É a área geográfica em que o beneficiário tem direito às coberturas contratadas no plano de saúde. Pode ser nacional, estadual, em um grupo de estados, municipal ou em um grupo de municípios. Um plano de cobertura nacional, obviamente, custa mais que aquele de abrangência mais restrita. Se o consumidor não tem o hábito de se deslocar entre as regiões do país, pode optar por uma área de cobertura menor.

REDE DE PRESTADORES

A rede é constituída por profissionais e estabelecimentos de saúde. Os preços variam conforme a quantidade e padrão de qualidade da rede. Ao organizar a rede de cada um dos produtos que disponibilizada no mercado, a operadora deve fazê-lo de forma a garantir o atendimento das coberturas contratadas e da demanda prevista para aquela região.

Este é um item que interfere bastante no preço do plano de saúde, porque tem correlação direta com os preços praticados por esses profissionais e estabelecimentos de saúde. O consumidor ou a empresa que optar por profissionais ou serviços de renome, com uso de tecnologia de ponta, deverá ter consciência de que isto implicará maior nível de preços do plano. O site da operadora deve disponibilizar a relação mais atualizada da rede de prestadores do seu plano.

TIPO DE ACOMODAÇÃO

O plano pode oferecer internação em quarto particular ou padrão enfermaria. Chama-se de serviço de hotelaria para opção de internação hospitalar em quarto particular, que implica custo maior pelo espaço das acomodações e pelos serviços de atendimento e acompanhamento exclusivos. No caso da internação em enfermaria esses custos são rateados com outros pacientes.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO FINANCEIRA

Pode ser coparticipação ou franquia³. O beneficiário paga uma quantia pré-estabelecida pelo serviço ao utilizá-lo. É obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde que terão coparticipação ou franquia e como serão feitos esses pagamentos. O contrato poderá ou não prever critérios para atualizações periódicas desses valores. A franquia e a coparticipação são estabelecidas no contrato para promoverem um uso mais consciente por parte do beneficiário, evitando desperdícios que oneram a todos os pagadores, e, conseqüentemente, permitindo proporcional redução nos preços do plano.

Na regulamentação vigente, a coparticipação e a franquia não podem ser fatores restritivos severos. Isto significa que o beneficiário não pode financiar integralmente ou uma grande parcela do evento, ao contrário do modelo tradicional de franquia existente em outros ramos.

Além disso, os valores relativos às franquias ou coparticipações não poderão sofrer reajuste em percentual superior ao autorizado pela ANS para as mensalidades dos planos individuais (parágrafo único, Art. 8º da RN nº 171/08).

REEMBOLSO

O plano ou seguro saúde pode ter a opção de reembolso com a livre escolha de estabelecimentos ou profissionais de saúde não credenciados ou referenciados pela operadora. Chama-se “múltiplo de reembolso” quando o contrato prevê um fator multiplicador a ser aplicado sobre o valor unitário do procedimento na tabela praticada pela operadora. O fator pode ser de uma ou mais vezes o valor dessa tabela, a depender da negociação livremente estabelecida entre as partes.

Cabe destaque, ainda, para outra razão que influencia na diferenciação entre os preços dos planos individuais, em geral acima dos preços praticados para planos coletivos equivalentes, que é a “seleção adversa”, presente nos planos individuais. Consumidores com pior auto-avaliação sobre seu estado de saúde ou que efetivamente possuem histórico familiar de ocorrência de problemas de saúde apresentam maior probabilidade de adquirir esses planos de saúde.

Entre os coletivos também se destaca uma maior probabilidade de ocorrência de “seleção adversa” nos planos por adesão, na medida em que grupos podem ser formados incluindo pessoas com alguma enfermidade antecedente. Ocorre, portanto, uma natural escala de preços entre eles, sendo os planos individuais mais caros do que os coletivos por adesão que, por sua vez, são mais caros que os coletivos empresariais.

Notas

³ Art. 3º, Incisos I e II e § único da CONSU Nº 8 de 03/11/98.

I - “franquia”, o valor estabelecido no contrato do plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada;

II - “coparticipação”, a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente à realização do procedimento.

Parágrafo Único – Nos planos ou seguros de contratação coletiva empresarial custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a coparticipação do consumidor, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar, para fins do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

ANEXOS

I – Índice de reajuste anual por variação de custo pessoa física, autorizado para planos de saúde individuais ou familiares contratados a partir de janeiro de 1999

ANO	REAJUSTES (%)
2015	13,55
2014	9,65
2013	9,04
2012	7,93
2011	7,69
2010	6,73
2009	6,76
2008	5,48
2007	5,76
2006	8,89
2005	11,69
2004	11,75
2003	9,27
2002	7,69
2001	8,71
2000	5,42

II – Índices médios de reajuste anual por variação de custo pessoa física, por modalidade de operadora, autorizados para planos individuais ou familiares contratados anteriormente a 1999, para operadoras que celebraram Termo de Compromisso com a ANS.

ANO	SEGURADORAS ESPECIALIZADAS EM SAÚDE (%)	MEDICINAS DE GRUPO (%)
2015	13,31	13,99
2014	10,79	9,65
2013	10,17	9,47 / 9,04
2012	9,37	7,93
2011	7,35	7,15
2010	10,91	7,30
2009	6,76	6,76
2008	7,12	6,24
2007	9,94	6,64
2006 resíduo ¹	11,57	11,46
2005 resíduo ²	15,67 (8,76 / 9,02 / 2,92)	11,11 7,31 / 8,06

Fonte: ANS. Site acessado em 01/08/2015.

Notas: ¹ Resíduo composto pelo resíduo de 2004 e a diferença de percentuais de 2005, descontando-se o saldo a devolver de 2004. ² Resíduo referente a 2004.

III – Reajustes médios aplicados pelas operadoras para contratos coletivos com até 30 beneficiários (Pool de Risco)

Período Maio 2013 a Abril 2014			
Segmento de operadoras	Reajuste médio ¹ (%)	Beneficiários incluídos no agrupamento	Contratos incluídos no Agrupamento
Medicina de grupo	15,7	1.670.011	287.294
Cooperativas médicas	11,1	1.026.580	167.897
Filantropia	10,4	96.997	14.144
Autogestão	8,0	8.736	47
Seguradoras	16,3	498.007	62.751
Mercado Saúde Suplementar	14,2	3.300.331	532.133

Fonte: ANS. Site acessado em 01/08/2015.

Nota: ¹média ponderada pelo nº de beneficiários incluídos no agrupamento.

Período Maio 2014 a Abril 2015			
Segmento de operadoras	Reajuste médio ¹ (%)	Beneficiários incluídos no agrupamento	Contratos incluídos no Agrupamento
Medicina de grupo	17,3	1.740.413	442.489
Cooperativas médicas	12,3	1.163.442	190.701
Filantropia	12,7	97.228	15.687
Autogestão	8,9	1.829	415
Seguradoras	17,7	959.212	157.084
Mercado Saúde Suplementar	15,8	3.962.124	806.376

Fonte: ANS. Site acessado em 01/08/2015.

Nota: ¹média ponderada pelo nº de beneficiários incluídos no agrupamento.

EXPEDIENTE

EDITOR: José Cechin

CONSELHO EDITORIAL:

Marcio Serôa de Araujo Coriolano
e João Carlos Regado

REDAÇÃO: João Eduardo Cruz Martins

REVISÃO: Álvaro Almeida, Antonio Jorge Kropf,
Cristiana Vidigal Lopes, Flávio Bitter, Franklin Padrão
Junior, João Alceu Amoroso Lima, Maurício Lopes,
Mônica Nigri, Paulo Jorge Rascão Cardoso, Sandro
Leal Alves e Vera Queiroz Sampaio de Souza

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO:

Approach Comunicação Integrada

FOTOS: Shutterstock



www.planodesaudeoquesaber.com.br