

1

Apresentação

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) apresenta um manual simples para a compreensão do público em geral com o objetivo de trazer esclarecimento sobre **como funciona o reajuste de mensalidade nos planos de saúde**. Antes de tratar do assunto propriamente dito são apresentados dois conceitos importantes: mutualismo e as faixas etárias dos planos de saúde e regime financeiro de repartição simples.



Mutualismo e as faixas etárias dos planos de saúde

Em todos os tipos de seguro, o mutualismo implica uma solidariedade financeira entre segurados de um mesmo grupo homogêneo em relação ao perfil de risco. No caso dos planos de saúde, como a Lei permite estabelecer mensalidades diferentes apenas por idade, o mutualismo ocorre dentro de cada faixa etária. Isto significa que os **beneficiários que estão na mesma faixa etária apresentam riscos semelhantes em relação à sua saúde e por isso pagam uma mensalidade igual**. Em cada faixa etária a mensalidade é calculada atuarialmente com base na frequência de utilização e no valor médio de cada um dos eventos de assistência à saúde cobertos, tais como internações, terapias, exames e consultas.



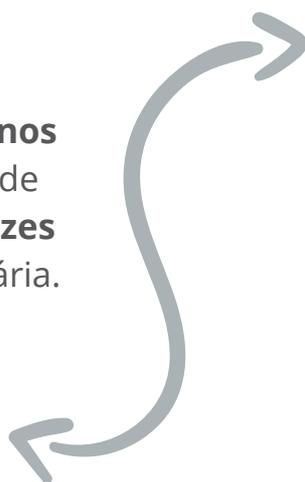
Pacto Intergeracional

O Pacto Intergeracional, foi criado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com o intuito de responder uma demanda legislativa do “Estatuto do Idoso”, o qual visa a **não discriminação dos idosos nos planos de saúde devido à variação de valores em razão da mudança de faixa etária.** Ficou definido que a partir da faixa etária de 59 anos ou mais não fosse ultrapassado o valor da mensalidade em seis vezes em relação a primeira faixa etária. No entanto, isso traz um desequilíbrio às contas financeiras dos planos de saúde, pois, **a partir dos 59 anos, os planos não podem aplicar reajustes das suas mensalidades**, desse modo é necessário que haja uma mensalidade única para perfis diferentes que compõe essa faixa-etária. Um exemplo desse desequilíbrio seria idoso de até 70 anos, que apresentando condições de saúde que geram um custo inferior ao dos idosos de 80, pagando o mesmo valor da mensalidade.

A partir da faixa etária de **59 anos ou mais**, o valor da mensalidade **não pode ultrapassar seis vezes** em relação a primeira faixa etária.



1ª faixa etária
DE 0 A 18 ANOS



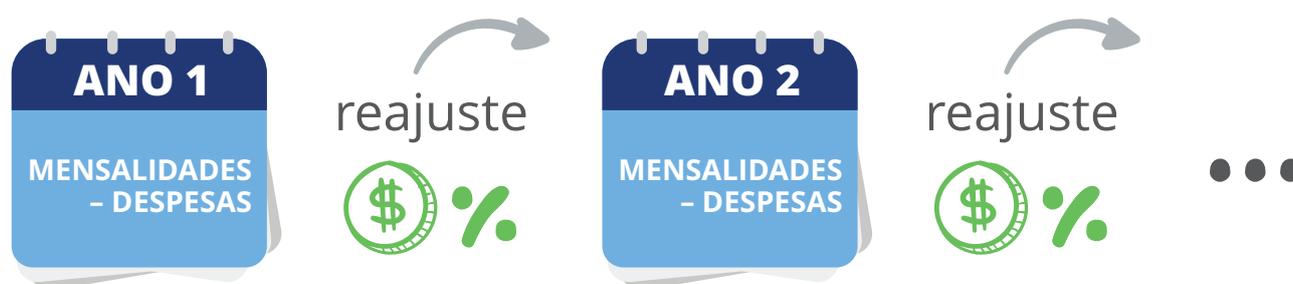
última faixa etária
59 ANOS OU MAIS

Regime financeiro de repartição simples

É importante destacar que o regime financeiro dos planos de saúde é o de repartição simples. Nesse regime, **toda a receita de mensalidade paga pelos beneficiários de uma determinada faixa etária em um determinado ano é utilizada para financiar o pagamento de todos os eventos cobertos de assistência à saúde deste grupo ocorridos dentro desse mesmo ano**. No regime de repartição simples, diferente do regime de capitalização, nenhuma parte da receita de mensalidade para um determinado ano é alocada para cobrir despesas nos anos à frente. Dessa forma, **a cada ano a mensalidade do plano deve ser adequada via reajuste para fazer frente ao aumento no valor das despesas**.

EXEMPLO

GRUPO 1: faixa etária de 0 a 18 anos



2

Regras de Reajuste por Data de Contratação do Plano de Saúde



Reajuste de Planos Antigos (celebrados anteriormente à vigência da Lei 9.656/98)

O reajuste aplicado a contratos individuais/familiares celebrados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656/98, **fica limitado ao que estiver estipulado no contrato**. Caso o contrato não seja claro ou não trate do assunto, o reajuste anual de preços deverá estar limitado ao mesmo percentual de variação divulgado pela ANS para os planos individuais/familiares celebrados após essa data (planos novos).

Reajuste de Planos Novos (celebrados na vigência da Lei 9.656/98)

Os planos individuais, coletivos e por adesão, **passam a ser reajustados conforme está especificado na Lei**.

3

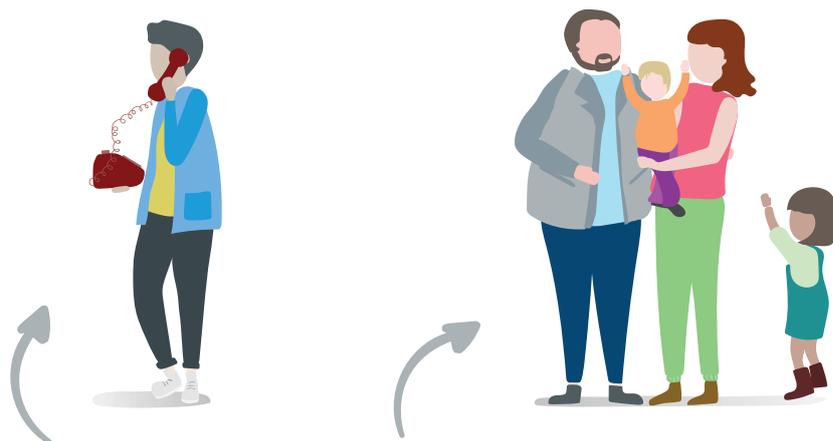
Tipos de reajuste

Existem 3 formas de reajuste: por **custo**; por **faixa etária**; e por **sinistralidade**. Abaixo serão detalhados cada uma delas.

3.1 : Reajuste Anual das Mensalidades por Variação de Custo



O reajuste das contraprestações pelo custo é calculado a partir do total de despesas médico-hospitalares do plano de saúde que são os **gastos para prover a assistência à saúde dos beneficiários**. A partir dessas despesas é calculado a Variação do Custo Médico-Hospitalar expressa a variação do custo médico-hospitalar *per capita* das operadoras de planos de saúde entre dois períodos consecutivos de 12 meses cada. As categorias de planos que estão sujeitos a esse tipo de reajuste estão detalhadas a seguir.



A) PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES: este plano é reajustado, desde 2001, com um **índice calculado pela ANS** com base em uma média ponderada de reajustes efetivamente aplicados pelas operadoras aos planos coletivos com mais de 30 beneficiários, além de ter como referência os preços negociados no mercado. **O reajuste só é realizado a partir da data de aniversário do contrato.** No entanto, o reajuste praticado pela ANS nos planos individuais não reflete a variação do custo médico-hospitalar das operadoras.

B) PLANOS COLETIVOS

- **Planos coletivos empresariais com até 29 vidas:**
De acordo com a Resolução Normativa 309/12, publicada pela ANS, **a operadora deve agrupar estes contratos e calcular um percentual de aumento único para todos.** O critério para definir se um contrato fará parte do agrupamento de contratos é a quantidade de beneficiários vinculados a este, firmado entre a operadora e a pessoa jurídica contratante. O contrato deverá ter menos de 30 beneficiários, que é a quantidade mínima estabelecida pela ANS para a formação do agrupamento de contratos. No entanto, a operadora poderá estabelecer uma quantidade de beneficiários maior para formar o agrupamento. Estas regras não se aplicam aos contratos de planos exclusivamente odontológicos, para ex-empregados e para planos antigos.

- **Planos coletivos empresariais com mais de 29 vidas:**
Este plano é contratado por intermédio de uma pessoa jurídica (empregador/empresa). **Os reajustes são livremente negociados entre as partes** e é realizado anualmente apenas para planos coletivos e o cálculo é realizado a partir do total de despesas médico-hospitalares dividido pelo número de beneficiários que estão vinculados a carteira.



- **Planos coletivos por adesão:**
Este plano é contratado por intermédio de uma pessoa jurídica (conselhos classistas, sindicatos ou associações). **Os reajustes são livremente negociados entre as partes** e devem ser devidamente comunicados à ANS até 30 dias antes da sua efetivação.

3.2 : Reajuste das contraprestações : por faixa etária

A variação de contraprestações por faixa etária é regulada pela Lei 9.656 em razão da idade do consumidor. Entre 1999 e 2003 as regras aplicadas para a variação de contraprestações eram definidas pelo o CONSU nº 06/1998 que dividia as idades em 7 faixas etárias. Em 2003, a RN nº 63/2003 passou a dividir a variação da mensalidade por 10 faixas etárias (Quadro 1). **A variação da mensalidade ocorre a partir da mudança de idade do beneficiário**, porém, o valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira. Além disso, a variação acumulada entre a 7ª e a 10ª faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª e a 7ª faixa.

QUADRO 1

Regras de preços de mensalidades de planos de saúde por faixa etária

	PLANOS NÃO REGULAMENTADOS	PLANOS REGULAMENTADOS	
		RES. CONSU N°06/98	RES. RN N°63/03
DEVE SER OBSERVADA POR CONTRATOS CELEBRADOS	Anteriores à Lei 9.656/98	Entre 1º/01/1999 e 31/12/2003	A partir de 1/01/2004
FAIXA ETÁRIAS	Faixas etárias dependem de cada contrato	7 faixas 0 a 17 18 a 29 30 a 39 40 a 49 50 a 59 60 a 69 70 mais	10 faixas 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 59 59 ou mais
OUTRAS REGRAS	Prevalece o previsto em contrato, ou se a operadora assinou termo de ajuste, segue o reajuste determinado pela ANS ¹	Não poderá haver variação na contraprestação pecuniária para usuário com mais de 60 anos de idade, que participe de um plano há mais de 10 anos	A variação acumulada entre a 7º e a 10º faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1º e a 7º faixas

Fonte: Guia da Saúde Suplementar – IESS. ¹ RN 254/2011.



Estatuto do idoso

O Estatuto do Idoso, **entrou em vigor em 1º de janeiro de 2004**, e fez com que fosse necessário alterar as faixas etárias dos contratos de planos de saúde. A mudança fez com que **o último reajuste passasse a ocorrer quando o beneficiário completa 59 anos de idade**. Nos contratos celebrados de 1999 a 2003, os reajustes por mudança de faixa etária para os idosos ocorriam ao completar 60 anos e 70 anos, de forma mais gradual do que para os contratos celebrados a partir de 2004.

3.3 : Reajuste de mensalidade : por sinistralidade

O cálculo do reajuste de planos coletivos empresariais pode levar em consideração mais um componente, chamado reajuste por sinistralidade. Esse tipo de reajuste existe com o objetivo de realizar a recomposição atuarial das contas da operadora, considerando a relação entre despesas assistenciais e receitas de contraprestações. **Ele ocorre quando há um aumento não esperado das despesas assistenciais (sinistros)**. Para que esse tipo de reajuste ocorra ele deve ser único e aplicado com periodicidade mínima de 12 meses.



4

Resumo dos tipos de contratos por reajustes e conceitos

QUADRO 2
Tipos de contratos

TIPO DE PLANO	CARACTERÍSTICA DO CONTRATO	ÍNDICE DE REAJUSTE ANUAL PARA A REPOSIÇÃO DA VARIAÇÃO DOS CUSTOS ASSISTENCIAIS	REAJUSTE POR SINISTRALIDADE	REAJUSTE POR FAIXA-ETÁRIA
INDIVIDUAIS/ FAMILIARES	Regulamentados	Definido pela ANS	-	Consu nº 06/98
	Adaptados		-	
	Não regulamentados semw reajuste previsto em contrato	Pode aplicar, no máximo, o índice definido pela ANS	-	Prevalece previsto em contrato
	Não regulamentados com reajuste previsto em contrato	Prevalece o previsto em contrato	-	Prevalece o previsto em contrato
COLETIVOS	Empresarial	Com até 30 beneficiários	Prevalece previsto em contrato	Consu nº 06/98
		Com mais de 30 beneficiários	-	Consu nº 06/98
	Por adesão	Regulamentados	Prevalece previsto em contrato	Prevalece previsto em contrato

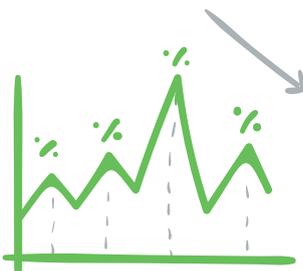
Fonte: Guia da Saúde Suplementar – IESS

5

Boas práticas que podem ajudar a conter o aumento das mensalidades



RESULTARÁ EM



reajustes
mais baixos

O plano de saúde é um **seguro coletivo**. Quando você precisar usar, as despesas serão pagas por todos os outros participantes também. Dessa forma, **o uso consciente do plano de saúde beneficia a todos e pode até diminuir os reajustes nas mensalidades**. A sensação que os beneficiários têm de os serviços de saúde utilizados serem gratuitos, faz com que tenham um uso excessivo dos serviços sem a real necessidade.

Dicas de boas práticas



O cartão de identificação do beneficiário é nominal 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 de um sistema de controle operacionalizado pela ANS, chamado de “Ressarcimento ao SUS”, que emite cobranças para as operadoras das despesas realizadas por seus beneficiários;



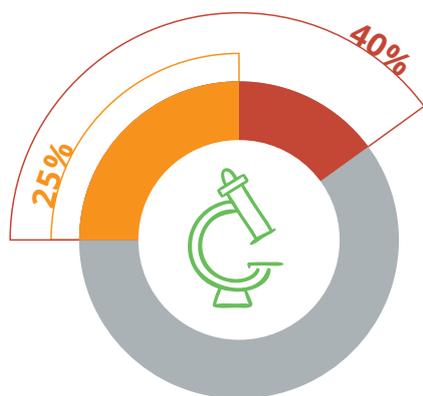
Se o caso não for de especialidade já definida, procure marcar sua consulta com um clínico geral, que irá examiná-lo e direcioná-lo ao especialista, se for necessário. A experiência internacional mostra que a maioria dos problemas pode ser resolvida em consultório;



Não faça exames médicos que não sejam necessários, pois assim você evita 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;

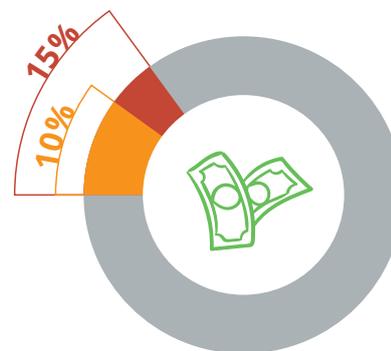


Utilize o pronto-socorro somente em casos de Urgência (casos de acidentes pessoais ou complicações durante a gestação) ou Emergência (casos que implicam risco imediato a vida ou de lesões irreparáveis ao paciente).



DE 25% A 40%

DOS EXAMES
LABORATORIAIS
NÃO SÃO NECESSÁRIOS



DE 10% A 15%

DOS REEMBOLSOS
PEDIDOS PELOS
SEGURADOS
SÃO INDEVIDOS

Fonte: TD 62: Evidências de práticas fraudulentas em sistemas de saúde internacionais no país.

Referências

Guia da Saúde Suplementar – IESS – disponível em:
<http://documents.scribd.com.s3.amazonaws.com/docs/jwfnp1a4g3pcsuj.pdf>

TD 62: Evidências de práticas fraudulentas em sistemas de saúde internacionais no país. Disponível em: <http://documents.scribd.com.s3.amazonaws.com/docs/6j0sz23kw05qrody.pdf>

Guia de Reajuste dos Planos e seguros privados de saúde – Fenasaúde

