

1. APRESENTAÇÃO

A Unimed Sul Capixaba apresenta um manual simples e de fácil compreensão para que seus beneficiários entendam como funciona o reajuste de mensalidade do plano de saúde. Mas, antes de tratar sobre esse assunto, é importante explicar um ponto: **o uso consciente do plano, para obter reajustes menores nas mensalidades.**

O mutualismo é o princípio básico de um plano de saúde que se baseia na solidariedade financeira entre segurados de um mesmo grupo homogêneo em relação ao perfil de risco, ou seja, todos contribuem com uma mensalidade fixa para que o dinheiro possa custear os tratamentos daqueles que precisaram utilizar o plano. O perfil de risco, ou o custo médio dos tratamentos, cresce com a idade. Por isso, as pessoas são agrupadas por faixas etárias, de modo que os beneficiários que estão na mesma faixa etária apresentam riscos semelhantes em relação à sua saúde e por isso pagam uma mensalidade igual (**Pacto Intergeracional**).



Dessa forma, é importante entender que qualquer ação de um indivíduo impacta nos demais tanto de forma positiva quanto negativa. Conseqüentemente, a má utilização encarece a mensalidade para todos daquela mesma faixa etária. Seguir práticas sustentáveis ao utilizar o plano de saúde reduz o ritmo de crescimento das despesas, promovendo a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar e possibilitando que reajustes menores sejam aplicados.

Vamos falar mais sobre o uso sustentável do plano de saúde no final desse manual. Reservamos um capítulo com boas práticas que podem ajudar a conter os aumentos das mensalidades.



2. CATEGORIAS DE PLANOS

Para entender os reajustes, é necessário saber que existem três formas de contratação de planos de saúde e que cada um desses grupos têm suas particularidades na aplicação dos reajustes.

Conheça cada uma das categorias de planos e suas características:

Principais características do plano Individual ou Familiar



Individual ou Familiar

Você procura a operadora para contratar o plano



Adesão: livre



Carência: sim



Cobertura: conforme o contrato e o Rol de procedimentos



Rescisão: apenas em caso de fraude e/ou falta de pagamento



Cobrança: diretamente ao consumidor pela operadora de planos de saúde

Principais características do plano Coletivo por Adesão



Coletivo por Adesão

Sua associação profissional ou sindicato contrata o plano para você.



Adesão: exige vínculo com associação profissional ou sindicato



Carência: sim. Salvo para quem ingressa no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou no aniversário do contrato



Cobertura: conforme o contrato e o Rol de procedimentos



Rescisão: previsão em contrato e somente válida para o contrato como um todo



Cobrança: diretamente ao consumidor pela Pessoa Jurídica contratante ou pela Administradora de Benefícios

Principais características do plano Coletivo Empresarial



Coletivo Empresarial

Sua empresa/ empregadora contrata o plano para você



Adesão: Exige vínculo com pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária



Carência: sim. Salvo para contrato com 30 ou mais beneficiários e para quem ingressa no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à empresa



Cobertura: conforme o contrato e o Rol de procedimentos



Rescisão: previsão em contrato e somente válida pra o contrato como um todo



Cobrança: diretamente à Pessoa Jurídica Contratante ou pela Administradora de Benefícios

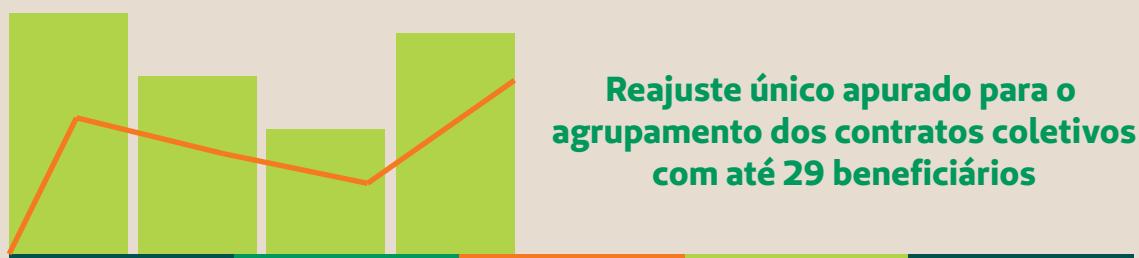
3. REAJUSTE DOS PLANOS COLETIVOS EMPRESARIAIS

Neste manual vamos entender como é realizado o reajuste anual dos planos coletivos empresariais, que é calculado considerando os contratos com até 29 vidas e os com mais de 29 vidas.

Forma de agrupamento

De acordo com a RN 565/2022, publicada pela ANS, **nos planos coletivos empresariais com até 29 vidas, a operadora de saúde 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.

Já os planos coletivos empresariais **com mais de 29 vidas**, os reajustes são **livremente negociados anualmente entre as partes.** O cálculo é realizado a partir do total de despesas médico hospitalares dividido pelo número de beneficiário que estão vinculados a carteira.



Além do reajuste por faixa etária, comum às três formas de contratação de planos de saúde, na categoria coletivo empresarial o reajuste é aplicado considerando o agrupamento dos contratos para análise do resultado.

A forma de cálculo é o índice técnico, que é a análise de sinistralidade mais o índice financeiro que provém da variação dos custos dos insumos.

Entenda, existem 3 formas de reajuste: por sinistralidade, por variação de custo e por faixa etária. Abaixo serão detalhados cada uma delas:

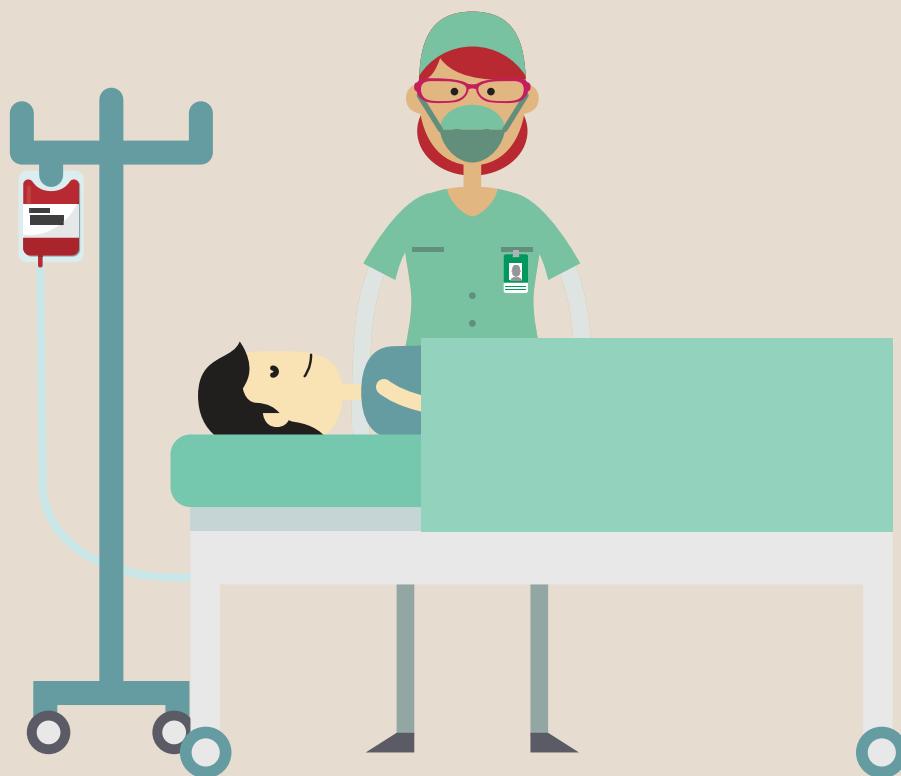
✓✓ **O reajuste de mensalidade por sinistralidade** existe com o objetivo de realizar a recomposição atuarial das contas da operadora de saúde, considerando a relação entre despesas assistenciais e receitas de contraprestações (mensalidade). Como o tipo de plano é coletivo, a sinistralidade também é avaliada coletivamente.

Dessa forma, este reajuste ocorre quando há um aumento não esperado das despesas assistenciais (sinistros), ou seja, quando o grupo de beneficiários do contrato utiliza de forma intensa os serviços do plano de saúde e o número de procedimentos e atendimentos realizados passa a ser maior do que o previsto para o período de apuração. Para que esse tipo de reajuste ocorra ele deve ser único e aplicado com periodicidade mínima de 12 meses.



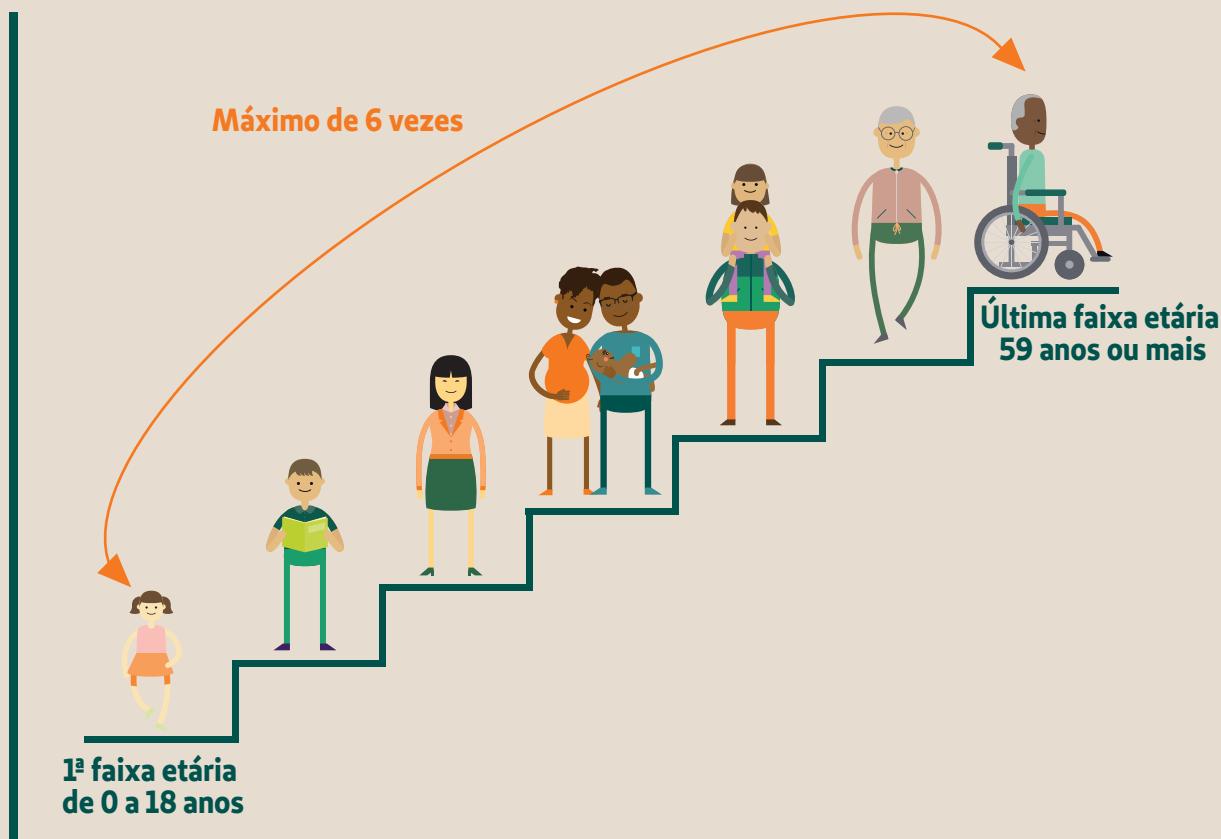
✓✓ **O reajuste anual das mensalidades por variação de custo** é a atualização dos valores das mensalidades dos planos frente à variação dos custos dos insumos, novas tecnologias e novos procedimentos cobertos por revisão do rol. Esse reajuste é necessário para que as mensalidades acompanhem a variação no preço dos procedimentos por meio da aplicação do índice financeiro definido em contrato.

Cada vez que o beneficiário realizar uma consulta, fazer um exame ou qualquer outro procedimento é caracterizado um sinistro. Cada sinistro representa um custo, que pode ou não ser elevado. Por isso, o uso responsável e consciente do plano de saúde é um fator determinante para um reajuste maior ou menor.



✔✔ Outro **reajuste aplicado é o das contraprestações por faixa etária**, comum às três formas de contratação de planos de saúde, e que 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 pela Resolução CONSU nº 06/1998 que dividia as idades em 7 faixas etárias. Em 2003, com a publicação da a RN nº 563/2022, a ANS passou a dividir a variação da mensalidade por 10 faixas etárias para os planos contratados a partir de 1º de janeiro de 2004.

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 e a variação acumulada entre a 7ª e a 10ª faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª e a 7ª faixa (**Pacto Intergeracional**)



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

	PLANOS NÃO REGULAMENTADOS	PLANOS REGULAMENTADOS	
		Res. consu Nº 06/098	Res. RN Nº 563/2022
Deve ser observada por contratos celebrados	Anteriores à LEI 9.656/98	Entre 1/1/1999 e 31/12/2003	A partir de 1/1/2004
Faixas 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 7ª e a 10ª faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª e a 7ª faixas

Fonte: Guia da Saúde Suplementar - IESS. ¹ RN 565/2022.

4. BOAS PRÁTICAS

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, aumentando o reajuste anual aplicado e encarecendo a mensalidade para todos.

Em um tempo que se debate a sustentabilidade nas mais diversas áreas é importante abordarmos também a necessidade de sermos responsáveis em utilizar os recursos médicos de forma inteligente para que o maior número de pessoas tenham acesso com qualidade.

Algumas práticas podem ajudar a conter o aumento das mensalidades. Vamos conhecê-las:



Apenas ir a consultas e realizar os exames não garante uma saúde adequada caso não tenha bons hábitos como se alimentar de forma saudável, reduzindo comidas industrializadas, fazer atividades físicas e evitar o excesso de bebidas, não fumar e não usar drogas



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



Os exames são ferramentas importantes para o acompanhamento da saúde do indivíduo, e devem ser realizados com periodicidade, segundo recomendações dos especialistas. Porém, exames feitos em excesso podem expor pacientes à risco por meio de radiação ou por serem invasivos. Por isso, 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)



Criar empresas fictícias apenas com o intuito de aderir a planos coletivos empresariais é crime. Assim como é crime inserir em empresa existente em situação regular nome de pessoa com o único objetivo de ser incluída no plano

5. REFERÊNCIAS



Agencia Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/reajuste-de-planos-individuais-familiares>>.

Acesso em: 20 de out de 2021.

Agencia Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-para-escolher-um-plano/formas-de-contratacao-de-planos-de-saude>>.

Acesso em: 20 de out de 2021.

Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS): Cartilha Reajuste dos Planos de Saúde.

Disponível em: <https://www.iess.org.br/busca?query=cartilha>



ANS - Nº 32070-6