

Reajuste dos Planos de Saúde

FenaSaúde na Redação



Índice

FenaSaúde na Redação
Reajuste dos Planos de Saúde

Apresentação	6
1. Os preços dos planos de saúde são controlados?	8
2. Como funcionam as regras de reajuste dos planos de saúde?	8
3. Quais as regras de reajuste dos planos de saúde individuais e familiares?	9
4. Por que o preço dos planos muda de acordo com as faixas etárias?	9
5. Como são aplicados os reajustes por mudança de faixa etária?	10
6. Quantas e quais são as faixas etárias estabelecidas para reajuste nos planos de saúde?	11
7. Se coincidir a mudança de faixa etária e o aniversário do plano, o beneficiário terá dois reajustes ao mesmo tempo?	11
8. A partir dos 60 anos os planos deixam de ser reajustados?	12
9. As operadoras são obrigadas a seguir o índice de reajuste definido pela ANS para os planos novos contratados por pessoas físicas?	12

10. Por que o reajuste dos planos individuais e familiares é diferente dos planos coletivos?	13
11. Como são aplicados os reajustes dos planos coletivos?	13
12. Isto quer dizer que a ANS não regulamenta em nada o reajuste dos planos coletivos?	14
13. Os planos exclusivamente odontológicos seguem as mesmas regras dos planos médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica?	14
14. É possível comparar o índice de reajuste dos planos de saúde com os índices de inflação?	15
15. E como a funciona a variação dos custos no caso da saúde?	15
16. Existe algum indicador da Variação do Custo Médico-Hospitalar (VCMH)?	16
17. Qual foi a Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH) dos últimos anos?	16
18. Por que a ANS simplesmente não repassa o índice da inflação do período para as mensalidades dos planos de saúde?	17

19. O índice de reajuste das mensalidades pode ser repassado integralmente aos prestadores de serviços?	17
20. O que são despesas assistenciais?	18
21. A ampliação do rol de procedimentos estabelecido pela ANS impacta no aumento das mensalidades?	18
22. Como a inclusão de novas tecnologias nos procedimentos médicos impacta nos custos da saúde suplementar?	19
Coisas que você provavelmente não sabe sobre o setor de saúde suplementar	20
Sobre a FenaSaúde	22

Apresentação

Prezado jornalista,

Por que o reajuste dos planos coletivos é diferente dos individuais e familiares? Por que existe carência? Por que o plano de saúde do idoso é mais caro?

É para ajudá-lo a sanar estas e outras dúvidas que a Federação Nacional de Saúde Suplementar leva a você mais uma edição do *FenaSaúde na Redação* - perguntas e respostas sobre composição dos custos do setor e reajuste das mensalidades de planos individuais e coletivos.

Gastos com saúde crescem exponencialmente em todo o mundo, chegando a US\$ 5,3 trilhões em 2007, de acordo com números da World Health Survey 2010 (OMS). E no Brasil não é diferente: envelhecimento e maior longevidade da população, aumento das rendas, incorporação de novas tecnologias, altos custos de Órteses,

Próteses e Materiais Especiais (OPME's) e maior frequência de utilização dos serviços estão entre os grandes motivos para esta explosão. Encontrar alternativas para frear os crescentes custos é um desafio que se encontra na ordem do dia.

Esperamos que, ao adotar este material como fonte de consulta, você esclareça dúvidas e agregue informações importantes às suas matérias – contribuindo para o relevante trabalho de esclarecimento destas e outras questões para a população.

Boa leitura.

Márcio Coriolano

Presidente

José Cechin

Diretor-executivo

1

Os preços dos planos de saúde são controlados?

Não. O preço de venda é de livre determinação das operadoras, mas os reajustes subsequentes são controlados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), para o caso de planos individuais ou familiares novos, ou seja, assinados após a edição da Lei 9.656/98. O preço de venda de todos os planos devem ser submetidos à aprovação da ANS, que avalia se o preço é suficiente para cobrir as despesas assistenciais administrativas e de comercialização.

2

Como funcionam as regras de reajuste dos planos de saúde?

Existem reajustes anuais e reajustes por faixa etária. As regras para os reajustes dependem se o plano é novo e regulamentado (adaptado ou assinado após a Lei 9.656/98) ou se o plano é antigo, anterior à regulamentação. Também depende do tipo de contratação do plano, que pode ser individual/familiar ou coletivo. Apenas os planos individuais e familiares novos estão submetidos aos índices de reajuste autorizados pela ANS. Os planos coletivos têm seus índices de reajuste fixados mediante a negociação entre o contratante e a própria operadora.



Quais as regras de reajuste dos planos de saúde individuais e familiares?

3

Os planos individuais e familiares novos são reajustados na data de aniversário do contrato, com índice máximo definido pela ANS. Nos planos individuais e familiares antigos vale o que está no contrato, quando essas regras indicam claramente o índice de reajuste (IGP-M, IPC, IPCA etc). Caso contrário, o índice de reajuste deve se limitar ao índice máximo fixado pela ANS, assim como os planos novos e regulamentados.

Por que o preço dos planos muda de acordo com as faixas etárias?

4

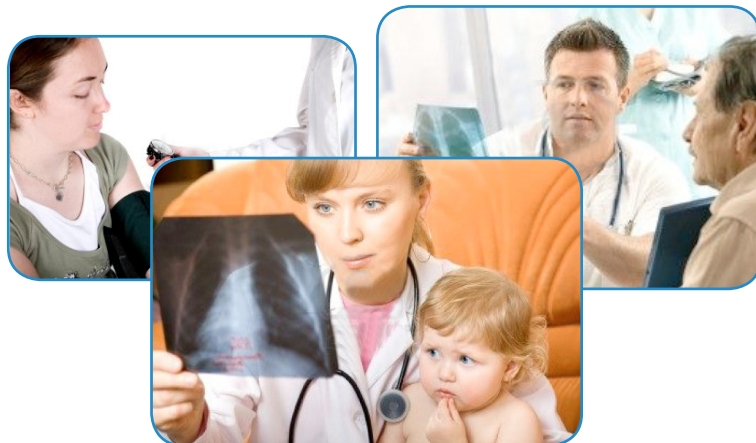
Uma característica fundamental dos sistemas de saúde, públicos ou privados, no Brasil ou no exterior, é que os custos da assistência à saúde aumentam com a idade. Por isso, o reajuste por faixa etária é uma prática mundialmente aceita e tem por objetivo o correto cálculo do preço do benefício, pois existe correlação direta entre a idade do proponente e o risco que ele traz para o 'fundo mútuo' constituído pelas mensalidades. A metodologia estabelecida pela ANS pretende viabilizar um 'pacto entre gerações', em que os usuários de menor idade subsidiam, ainda que de forma limitada, os custos daqueles de faixas etárias mais elevadas.



5

Como são aplicados os reajustes por mudança de faixa etária?

Estes reajustes ocorrem no mês de aniversário do beneficiário do plano, titular ou dependente, quando este atinge a idade de mudança da faixa etária. A partir de 2004, com a criação do Estatuto do Idoso, proibiu-se o aumento de mensalidade acima dos 60 anos. Os contratos assinados a partir de então, foram padronizados em dez faixas etárias e a ANS determinou que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18 anos). A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.



Quantas e quais são as faixas etárias estabelecidas para reajuste nos planos de saúde?

6

As faixas etárias variam conforme a data de contratação do plano. Para os planos novos, contratados entre 2 de janeiro de 1999 e 1º de janeiro de 2004, existem sete faixas etárias: a) 0 a 17 anos; b) 18 a 29 anos; c) 30 a 39 anos; d) 40 a 49 anos; e) 50 a 59 anos; f) 60 a 69 anos; g) 70 anos. Para os planos contratados a partir de 1º de janeiro de 2004 (após a entrada em vigor do Estatuto do Idoso), o número de faixas passou de sete para dez: a) 0 a 18 anos; b) 19 a 23 anos; c) 24 a 28 anos; d) 29 a 33 anos; e) 34 a 38 anos; f) 39 a 43 anos; g) 44 a 48 anos; h) 49 a 53 anos; i) 54 a 58 anos; j) 59 anos ou mais. Para os planos contratados antes de 2 de janeiro de 1999, vale o que está expresso no contrato.

Se coincidir a mudança de faixa etária e o aniversário do plano, o beneficiário terá dois reajustes ao mesmo tempo?

7

Sim. O reajuste por mudança de faixa etária ocorre quando o beneficiário passa de uma das faixas pré-definidas para a seguinte. Aplica-se na idade inicial de cada faixa e pode ocorrer tanto pela mudança da idade do titular como dos dependentes do plano. As faixas e os percentuais devem estar previstos em contrato, em aditivo ou em tabela anexa. Já o reajuste anual leva em consideração a data em que o contrato foi firmado com a operadora.

8

A partir dos 60 anos os planos deixam de ser reajustados?

Depende do caso. Para os contratos não regulamentados e para os planos novos e regulamentados, assinados entre 2 de janeiro de 1999 e 1º de janeiro de 2004, vale o que está explicitado em contrato. Para os contratos assinados a partir da aprovação do Estatuto do Idoso, em 2004, não pode ser aplicado aumento de mensalidade acima dos 60 anos.



9

As operadoras são obrigadas a seguir o índice de reajuste definido pela ANS para os planos novos contratados por pessoas físicas?

O índice divulgado pela ANS é um teto de reajuste. Portanto, as operadoras não podem aplicar um percentual mais alto aos seus planos novos contratados por pessoas físicas. Se assim resolverem, as operadoras podem aplicar índices inferiores ao divulgado pela ANS ou mesmo manter suas mensalidades sem reajuste.

Por que o reajuste dos planos individuais e familiares é diferente dos planos coletivos?

10

Os contratos coletivos com mais de 30 beneficiários não estão sujeitos ao período de carência e podem ser rescindidos tanto pela operadora quanto pelo contratante a qualquer tempo. Sendo assim, os contratantes têm mais poder de negociação direta. No caso dos planos individuais e familiares, a ANS entende que é preciso determinar uma regra comum a todos os beneficiários – já que é muito mais difícil a negociação caso a caso com as operadoras.

Como são aplicados os reajustes dos planos coletivos?

11

Os reajustes desses contratos não são regulados pela ANS, que pressupõe que, nesta modalidade de contrato, o poder de negociação de ambas as partes é eficaz. Esses reajustes são negociados diretamente pelas operadoras e as empresas ou entidades contratantes e, por serem livres, variam de contrato para contrato. Não é necessária autorização prévia da ANS para a aplicação do reajuste, mas é obrigatória a sua comunicação após a aplicação.



12

Isto quer dizer que a ANS não regulamenta em nada o reajuste dos planos coletivos?

A ANS não determina o índice, mas define algumas regras: prazo mínimo de doze meses entre cada reajuste; proibição de reajustes diferenciados dentro de um mesmo plano de um determinado contrato; proibição de preços diferenciados para novos beneficiários em relação aos valores pagos pelos que já estão no plano e proibição de reajuste na data de adesão ao plano – as mensalidades de todos os beneficiários são reajustadas no mesmo mês.

13

Os planos exclusivamente odontológicos seguem as mesmas regras dos planos médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica?



Não. Desde 2005, os planos exclusivamente odontológicos individuais e familiares seguem as regras estabelecidas em contrato – desde que esteja explícito um índice oficial de preços (IGP, IPCA etc). No caso de o contrato não estipular este índice, vale o reajuste estabelecido pela ANS para os planos médico-hospitalares.

É possível comparar o índice de reajuste dos planos de saúde com os índices de inflação?

14

Há uma grande diferença entre a inflação e a variação dos custos das operadoras de saúde: inflação é o aumento contínuo e generalizado do nível de preços da economia e é mensurado por diversos indicadores (INPC, IPCA, IPC, IGP, IGPM etc). Variação de custos é um conceito diferente, pois inclui duas variáveis: preço e quantidade. Assim, variação de custos é a soma da variação do preço com a variação da quantidade, mais o efeito combinado das duas variações.

E como funciona a variação dos custos no caso da saúde?

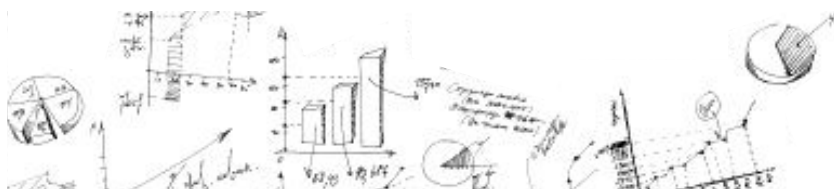
15

Quantidade em saúde é referida como frequência de utilização, que é o número médio de procedimentos per capita feito em um ano. Ou seja, se aumenta a frequência de utilização dos serviços de saúde em um determinado período, mesmo que os preços daquele serviço tenham se mantido inalterados, haverá variação no custo, pois houve aumento da quantidade de serviços prestados.

16

Existe algum indicador da Variação do Custo Médico Hospitalar (VCMH)?

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) analisa as variações dos custos da saúde per capita por meio de um índice chamado Variação do Custo Médico Hospitalar (VCMH).



17

Qual foi a Variação dos Custos Médicos Hospitalares (VCMH) dos últimos anos?

No último período avaliado (julho/09 a junho/10) em relação ao período anterior (julho/08 a junho/09), as despesas assistenciais (VCMH/IESS) cresceram 9,4% - após terem crescido 13,1% nos doze meses terminados em junho de 2009. A variação de custo acumulada nos últimos 24 meses terminados em junho de 2010 foi de 23,7%.

Por que a ANS simplesmente não repassa o índice da inflação do período para as mensalidades dos planos de saúde?

18

A conta é feita a partir do valor pago por procedimento (consultas, exames, terapias e internações) aliado à frequência de utilização pelos beneficiários, introdução de novas tecnologias e composição das carteiras das operadoras – que podem ter muitos beneficiários idosos e, conseqüentemente, maiores despesas com procedimentos.

O índice de reajuste das mensalidades pode ser repassado integralmente aos prestadores de serviços?

19

Não seria sustentável uma política que determinasse o repasse integral do reajuste autorizado pela ANS aos diversos tipos de prestadores (médicos, profissionais, hospitais, laboratórios etc) pois qualquer aumento na frequência de utilização elevaria as despesas das operadoras. Isto exigiria novos aumentos nas mensalidades e novos repasses aos prestadores, iniciando uma espiral sem fim. No entanto, haverá períodos em que os reajustes concedidos aos médicos podem superar os autorizados para as mensalidades - o que já vem ocorrendo.

20

O que são despesas assistenciais?

São as despesas que as operadoras têm com procedimentos estritamente voltados para a assistência médico-hospitalar e odontológica dos beneficiários: consultas médicas e odontológicas, exames médicos e odontológicos, terapias, internações, atendimentos hospitalares, atendimentos ambulatoriais, de urgência e emergência e ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

21

A ampliação do rol de procedimentos estabelecido pela ANS impacta no aumento das mensalidades?

A atualização do rol é importante e necessária para o setor de saúde suplementar e seu impacto depende da incorporação de novos procedimentos e tecnologia. Hoje, a avaliação do impacto nas despesas assistenciais é feita pela ANS, e embora a atualização do rol tenha impactos imediatos nas despesas, a ANS não os leva em conta na definição do índice de reajuste autorizado para o mesmo período. A Agência pode, no entanto, levá-lo em consideração no reajuste subsequente.

Como a **inclusão de novas tecnologias nos procedimentos médicos** **impacta nos custos da saúde suplementar?**

22

A importância da incorporação de novas tecnologias na saúde é inegável. No entanto, o custo das inovações é muito maior do que a eventual economia produzida por elas, já que a incorporação de novas tecnologias não diminui necessariamente o número de procedimentos realizados.



Coisas que você provavelmente não sabe sobre o setor de saúde suplementar

- ✓ A FenaSaúde representa 15 grupos de operadoras privadas de assistência à saúde (de um total de 1.183 operadoras), que respondem a 37,7% do mercado (2010) .
- ✓ As afiliadas da Federação são responsáveis pela assistência de 20,2 milhões de beneficiários (12,9 milhões com planos médico-hospitalares e 7,3 milhões com planos odontológicos)
- ✓ O setor de saúde suplementar respondeu, em 2009, por mais de 220 milhões de consultas e aproximadamente cinco milhões de internações, realizadas em cerca de 460 mil leitos hospitalares.
- ✓ O reajuste do valor das consultas médicas praticado por afiliadas da Federação, entre 2002 e 2010, variou entre 83,33% e 116,30%.
- ✓ Os índices são bem superiores à variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado) no mesmo período, que foi de 56,68%.
- ✓ As empresas afiliadas à FenaSaúde estão entre as que pagam os maiores valores de consultas e honorários aos médicos que optaram por integrar suas redes credenciadas e/ou referenciadas.
- ✓ Segundo o Sistema de Indicadores de Percepção Social, realizada IPEA, rapidez na realização de consultas e exames (40%) foi o principal motivo para as pessoas aderirem a um plano de saúde.

- ✓ Em seguida, os beneficiários citam o fornecimento gratuito do plano pelo empregador (29,2%) e liberdade de escolha do médico que irá atendê-lo (16,9%) como motivos que os levam a ter um plano de saúde.
- ✓ Pesquisa realizada pelo DataFolha/IESS em oito regiões metropolitanas mostrou que 80% dos beneficiários estão muito satisfeitos ou satisfeitos com seus planos de saúde, independente da região.
- ✓ Os planos de saúde ficaram em segundo lugar no quesito bens e serviços prioritários na vida das pessoas, atrás apenas de moradia. As exceções foram Rio de Janeiro e Manaus, onde os planos de saúde empataram em primeiro lugar ao lado de moradia.
- ✓ A pesquisa mostra ainda que 95% dos usuários que solicitaram procedimentos médicos aos seus planos de saúde, nos últimos 12 meses, obtiveram todas as autorizações requeridas.
- ✓ O atendimento recebido durante as consultas (86%) e exames (85%), assim como a agilidade para marcação de exames (79%) e consultas (78%), foram elogiados pela grande maioria dos entrevistados.

Sobre a FenaSaúde

Constituída em fevereiro de 2007, a FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar) representa 15 grupos de operadoras privadas de assistência à saúde, de um total de 1183 operadoras. A FenaSaúde tem como missão contribuir para a consolidação da saúde suplementar no País por meio da troca de experiências e elaboração de propostas para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do setor.

Afiliados FenaSaúde

ALLIANZ SAÚDE S/A

GRUPO AMIL SAÚDE

GRUPO BRADESCO SAÚDE

CARE PLUS MEDICINA ASSISTENCIAL LTDA

GOLDEN CROSS ASSISTENCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTD

GRUPO INTERMÉDICA

ITAUSEG SAÚDE S/A

MARÍTIMA SAÚDE SEGUROS S/A

METLIFE PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA

ODONTOPREV

OMINT SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA

PORTO SEGURO - SEGURO SAÚDE S/A

GRUPO SUL AMÉRICA SAÚDE

TEMPO SAÚDE

UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A



Produzido por Informe Comunicação Integrada
Atendimento à imprensa: 21 2546-2820



Federação Nacional de Saúde Suplementar

www.fenasaude.org.br