



REAJUSTE DE MENSALIDADE

»» **A saúde suplementar** é prevista pelo artigo 199 da Constituição Federal e regulamentada pela Lei 9.656/1998. A regulação setorial pertence à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei 9.961/2000. Em pouco mais de uma década, a saúde suplementar apresentou um processo de crescimento e hoje atende cerca de 25% da população brasileira, para um total de mais de 47 milhões de beneficiários.

O interesse dos brasileiros pelo plano de saúde está ligado à qualidade dos serviços prestados e à possibilidade de acesso ao sistema privado de saúde de forma célere, sob rigorosos padrões de exigência, o que, ao mesmo tempo, desperta expectativas dos usuários de que toda a estrutura física, tecnológica e humana esteja acessível a qualquer instante, nem sempre considerando um conjunto de regras e normas bastante claras em relação aos direitos e deveres dos envolvidos no contrato ora pactuado. Se o plano de saúde se converteu em objeto de desejo do brasileiro, torna-se importante haver clareza sobre os diplomas legais que regem o setor e o contrato entre as partes. Nessa publicação, trataremos das normas para o reajuste das mensalida-

des dos planos de saúde. Esses reajustes contam com formas diferentes, determinadas por cláusulas contratuais específicas ou a partir de definição da Agência Nacional de Saúde (ANS). Tais critérios de reajuste são definidos com base no tipo de plano (individual e familiar e coletivo), data de contratação em relação à Lei 9.656/98, idade dos beneficiários e se a operadora firmou ou Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) com a ANS.

É importante considerar que o princípio elementar da saúde suplementar se baseia no mesmo aplicado a qualquer seguro: o mutualismo. Por esse preceito, o sistema de saúde suplementar busca o equilíbrio econômico e assistencial a partir de alguns pactos entre os beneficiários, o que significa, na prática, que os mais jovens subsidiam parte dos custos de saúde dos idosos, e os que gozam de melhor saúde subsidiam parte dos custos dos



menos saudáveis. Sem o mutualismo, os planos de saúde não teriam condições de se manter, pois haveria o estabelecimento da chamada “seleção adversa”: apenas usuários que necessitam daquele serviço pagariam para tê-lo. Caracteriza-se, assim, uma adesão ocasional somente para o cuidado de uma necessidade específica, sem a intenção de prosseguir, deixando de contribuir para a mutualidade e comprometendo a sustentabilidade do fundo mantido pelos demais beneficiários a longo prazo.

*“TORNA-SE
IMPORTANTE HAVER
CLAREZA SOBRE
OS DIPLOMAS
LEGAIS QUE REGEM
O SETOR E OS
CONTRATOS ENTRE
AS PARTES...”*

Não menos importante é assinalar que, para a precificação justa, o modelo se baseia em projeções de custos, perfis epidemiológicos e demográficos, além de estimar a expectativa de vida dos usuários do sistema e assumir riscos inerentes à chamada “assimetria de informações” – ou seja, o desconhecimento prévio do histórico de saúde do beneficiário antes da assinatura de contrato e ingresso no plano.

O objetivo dessa publicação se limita a oferecer um conjunto de informações sobre o sistema de saúde suplementar e, assim, prover insumos técnicos referendados para a tomada de decisão.

COMO FUNCIONA: REAJUSTE DE MENSALIDADE DE PLANOS DE SAÚDE

As mensalidades, conhecidas tecnicamente como contraprestações, são reajustadas anualmente segundo normas estabelecidas pela ANS. Um dos fatores considerados para determinar o índice de reajuste é a Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH). Exposto é um conceito de cálculo que considera o período de exposição do beneficiário para cada tipo de evento coberto durante o período de análise utilizado – incluindo aqueles beneficiários que não utilizaram qualquer serviço no período analisado.

A apuração das despesas assistenciais de uma operadora se baseia em um índice de Variação de Custos Médicos-Hospitalares (VCMH). A metodologia do VCMH é reconhecida e aplicada

mundialmente, podendo mediar o comportamento de custos para uma fração específica da carteira de uma operadora (por exemplo, apuração do índice VCMH de uma empresa de grande porte, contratante do pl ano de saúde), de toda a carteira da operadora e, também, do conjunto de mercado.

No Brasil, o índice VCMH mais reconhecido e usado como balizador do mercado é o produzido e divulgado há mais de 10 anos pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). O VCMH/IESS segue uma metodologia que também é aplicada na construção de índices em saúde como o S&P Healthcare Economic Composite e o Milliman Medical Index. O VCMH capta a variação de preço dos procedimentos e a frequência de utilização pelos beneficiários.



Adoção de novas tecnologias em saúde (medicamentos, materiais especiais, equipamentos etc.)



Assimetria nos preços dos insumos



Envelhecimento da população, que demanda por mais serviços de saúde



Desperdícios (erros, abusos e fraudes)



Judicialização

CUSTO MÉDICO-HOSPITALAR: Total das despesas assistenciais divididas pelo total de expostos de um plano de saúde.

DESPESAS ASSISTENCIAIS: São despesas com os eventos cobertos: consultas, exames, terapias, internações e outros.

UM OLHAR MAIS ATENTO

PLANOS INDIVIDUAIS E FAMILIARES ANTERIORES E NÃO ADAPTADOS À LEI 9.656/1998

Nos contratos que possuem cláusula expressa de reajuste anual por meio de utilização de índices como INPC, IPC, IPCA, IGP, IGP-M ou outro, deverá ser utilizado o índice previsto no contrato.

Nos contratos que não possuem previsão expressa em cláusula e cuja operadora não firmou Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) com a ANS, os reajustes de mensalidade deverão ser limitados ao índice máximo fixado pela ANS para os planos individuais posteriores à Lei 9.656/1998.

Nos contratos que não possuem previsão expressa em cláusula e cuja operadora firmou o TAC com a ANS: os reajustes de mensalidade deverão ser realizados do modo como autorizado pela ANS.

*“OS REAJUSTES DE
MENSALIDADE DEVERÃO SER
REALIZADOS DO MODO COMO
AUTORIZADO PELA ANS...”*

*“...É PERMITIDA A COBRANÇA
DE VALOR RETROATIVO EM
TANTOS QUANTOS FOREM OS
MESES DE DEFASAGEM ENTRE
A APLICAÇÃO E A DATA DE
ANIVERSÁRIO DO CONTRATO”*

PLANOS INDIVIDUAIS E FAMILIARES POSTERIORES E/OU ADAPTADOS À LEI 9.656/1998

Nesses casos, os reajustes anuais são regulados e limitados pela ANS. Devem ser aplicados pelas operadoras anualmente, na data de aniversário do contrato, após divulgação pela ANS do índice que define o teto máximo de reajuste.

Conforme estabelece a Resolução Normativa (RN) 171/2008 da ANS, é permitida a cobrança de valor retroativo em tantos quantos forem os meses de defasagem entre a aplicação e a data de aniversário do contrato.

A ANS utiliza como regra que o aumento para os planos individuais e familiares seja a média ponderada dos reajustes aplicados pelas operadoras de saúde para os planos coletivos com mais de 30 beneficiários. Utiliza como referência, ainda, os preços praticados no mercado.

REGRAS DE REAJUSTE DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

As regras de reajuste de saúde suplementar variam conforme o tipo de contrato. Vamos analisar essas variações, segundo os seguintes critérios:

1. Data e adaptação da contratação em relação à Lei 9.656/1998.
2. Modalidade: individual / familiar; coletivo empresarial; coletivo por adesão.
3. Faixa etária dos beneficiários.



PLANOS COLETIVOS EMPRESARIAIS OU POR ADESÃO

Nos planos coletivos – empresariais ou por adesão –, os índices de reajuste anuais são livremente negociados entre as partes, sem mediação da ANS. A negociação ocorre entre as operadoras diretamente com a pessoa jurídica que contratou o plano (empresa, associação, fundação ou sindicato e administradora de benefícios).

Os índices de reajuste de mensalidade levam em conta, principalmente, a variação do índice de sinistralidade e o índice VCMH apurado especificamente para a respectiva carteira e/ou contrato.

Para os contratos com 30 beneficiários ou mais, é uma prática operacional fixar um índice de sinistralidade alvo, a fim de preservar o equilíbrio técnico e financeiro do contrato e garantir a sua sustentabilidade.

Para os contratos coletivos com grupo de até 30 beneficiários, o reajuste deverá ser igual para todos os contratos da mesma operadora. Esses grupos com número de beneficiários inferior a 30 são denominados de Agrupamento de Contratos ou Pool de Riscos.

O cálculo de sinistralidade é o resultado do valor dos custos com o beneficiário (sinistro), dividido pelo valor das mensalidades pagas pelo beneficiário (prêmio), multiplicado por 100, para obter o dado em porcentagem. Portanto:

$$\text{Sinistralidade (\%)} = \text{Sinistro/Prêmio} \times 100$$



Tipo de plano

Características do contrato

Índice de reajuste anual para reposição de variações dos custos assistenciais

	Regulamentados	Definido pela ANS
	Adaptados	
	Não regulamentados sem reajuste previsto em contrato	Pode aplicar, no máximo, o índice definido pela ANS
Individuais ou familiares	Não regulamentados com reajuste previsto em contrato	Prevalece o previsto em contrato
	Não possuem previsão expressa em cláusula e operadora não firmou TAC	Pode aplicar, no máximo, o índice definido pela ANS
	Não possuem previsão expressa em cláusula e cuja operadora firmou TAC	Definido pela ANS
Coletivos	Com até 30 beneficiários	São agrupados e um reajuste único é calculado para o agrupamento, conforme regra prevista em contrato*
	Com mais de 30 beneficiários	Prevalece o previsto em contrato

**Eventuais empresas que não tenham aderido ao Pool de Riscos, quando da publicação da Resolução Normativa (RN) 309, de 2012, da ANS, e que mantiveram contrato em vigor, prevalece a cláusula de reajuste estabelecida no contrato entre as partes.*

Fonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS)

REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

As regras de reajuste por faixa etária são aplicadas aos contratos coletivos (empresariais ou por adesão) e aos contratos individuais e familiares. É preciso considerar a data da contratação porque dela vai depender a aplicação das regras aprovadas pela

ANS. A Resolução 6 do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), estabelece o máximo de sete faixas etárias, valendo para os contratos firmados entre 1999 e 2003. Já a RN 63, da ANS, publicada em 2003, define a adoção de 10 faixas etárias.

Data da contratação

Percentual aplicável

Faixas etárias incidentes

Anterior à Lei 9.656/98 e não adaptado à lei

Aquela que estiver prevista no contrato. Se não houver regra não pode ser aplicado

Aquelas previstas no contrato

Contratados entre 1999 e 2003

Previsto no contrato

7 faixas etárias – última aos 70 anos (CONSU 6)

Contratados a partir de 2004

Previsto no contrato

10 faixas etárias – última aos 59 anos (RN 63)

Fonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS)

FAIXAS ETÁRIAS ESTABELECIDAS PELO CONSU 6 E RN 63

Res. CONSU 6/98 RN 63/2003*

	7 faixas	10 faixas	
Faixas etárias	0 a 17; 18 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 a 69 e 70+	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 e 59+	
Outras regras	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	O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária	A variação acumulada entre a 7ª e a 10ª faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª e a 7ª faixas

* Importante lembrar que os critérios de aplicação da RN 63/2003 são avaliados pela ANS no momento de aprovação da nota técnica de registro de produtos de cada operadora antes da sua comercialização.

Fonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS)

Saiba mais

Para referências técnicas e glossários dos termos utilizados nesse produto, acesse o aplicativo do pncard ou no **site www.jurishealth.com.br**

Agradecemos a assessoria técnica conferida ao JurisHealth pelos escritórios de Direito Conde & Advogados, Alencar e Fontana Advogados e Carlini Sociedade de Advogados.

JurisHealth é uma iniciativa que visa fornecer referências técnicas e analíticas a respeito do sistema de saúde suplementar do Brasil e, assim, prover elementos consistentes para avaliar controvérsias levadas aos tribunais. Trata-se de um esforço articulado entre profissionais da Saúde, do Direito e da Comunicação, visando melhorar a compreensão em torno de temas relevantes do setor de saúde. O foco está, portanto, na apresentação das regras e normas e, principalmente, em assegurar o equilíbrio econômico, financeiro e assistencial do sistema.

Foram desenvolvidos conteúdos relacionados aos temas assistenciais e não assistenciais na saúde suplementar, considerando alguns dos assuntos mais recorrentes na chamada “Judicialização da Saúde”.

Visite www.jurishealth.com.br para acessar um compêndio de decisões judiciais sobre os mais distintos temas pertinentes à saúde suplementar, com abrangência nos Estados e diversas instâncias do Poder Judiciário.

IESS
INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Projeto gráfico e editorial  **Letra Certa**
PROTEGIDA EM COMERCIALIZAÇÃO

Superintendente Executivo do IESS: José Cechin;
Coordenação editorial: Jander Ramon e Patrícia Queiroz; **Jornalista responsável:** Jander Ramon - MTB 29.269;
Textos e revisão: Lucas Soares; **Projeto gráfico e diagramação:** Carlos Tartaglioni