

PARECER TÉCNICO

Diferenciação de Risco e Mensalidade ou Prêmio entre Faixas Etárias em Planos e Seguros de Saúde

Apresentação

Este trabalho apresenta fundamentos da teoria dos seguros e, especificamente, dos seguros de saúde (ou planos de saúde, como denominados no Brasil), e discute a estrutura da tarifação dos seguros e planos de saúde com diferenciação dos preços segundo a faixa etária do consumidor e os impactos que as limitações legais e regulamentares a essa diferenciação geram.

O presente trabalho está dividido em **8 seções**. A **primeira** apresenta os conceitos básicos da organização do mercado de seguros privados, incluindo noções importantes como risco, sinistro, prêmio, solvência e mutualismo. Na **segunda** seção mostra-se que os planos e seguros de saúde, ainda que submetidos no Brasil a regulamentação distinta dos demais seguros, são estruturas securitárias e seguem os mesmos conceitos e princípios da ciência do seguro. Em seguida, na seção **três**, se afirma que os custos com o fornecimento de assistência médica aumentam conforme aumenta a idade do beneficiário, incluindo diversos dados e estatísticas que demonstram essa elevação. Na **quarta** seção comenta-se os limites estabelecidos pela legislação e regulamentação brasileira para a variação dos preços dos planos e seguros de saúde conforme as faixas etárias dos consumidores. As seções seguintes (**cinco** e **seis**) explicam os efeitos que essas limitações causam ao mercado: subsídios cruzados no grupo segurado e seleção adversa, comentando-se também os efeitos que a instituição de *community rating* gera ao mercado. Na **sétima** seção é apresentado o conceito da Nota Técnica de

Registro de Produto e a forma de sua elaboração. A **última** seção apresenta as conclusões do estudo.

A FIPECAFI - Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Financeiras desenvolveu este estudo a pedido do IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. O IESS é uma entidade sem fins lucrativos cuja missão é produzir, aprofundar e disseminar conhecimento sobre temas relevantes ao desempenho do sistema de saúde como um todo e, em particular, contribuir para a superação dos desafios do financiamento à saúde em um cenário de profundas transformações globais e acelerada elevação de custos, ressaltando as oportunidades que compõem este cenário e destacando a importância do setor privado na prestação de serviços de assistência à saúde frente às limitações do setor público.

São Paulo, agosto de 2009

Equipe responsável:

Iran Siqueira Lima

Coordenador Geral

Luiz Augusto Ferreira Carneiro

CORECON 2ª Região/SP No

31.594

Coordenador Técnico

Dânae Dal Bianco

Renata da Silva Mendes

MIBA nº 1.160



Conteúdo

1. Conceito de Seguros.....	6
2. Planos e seguros de saúde seguem os mesmos princípios do seguro	13
3. O custo da assistência médica aumenta conforme aumenta a idade do consumidor	17
4. Regulamentação Brasileira	27
4.1. Disposições Legais.....	28
4.2. Regulamentação infra-legal	30
5. Variação do preço do plano de saúde em função da idade do consumidor e o subsídio entre as faixas etárias	33
6. Seleção Adversa.....	36
7. Nota Técnica de Registro de Produto.....	42
8. Conclusão	46
Referências.....	48



SUMÁRIO EXECUTIVO

- Planos de saúde¹ seguem, em seus aspectos técnicos, atuariais e financeiros, os mesmos princípios que os demais tipos de seguros.
- As operadoras de planos de saúde² estão submetidas à regulação e fiscalização pelo Poder Público, que tem por objetivos, dentre outros, garantir a solvência das operadoras (capacidade de honrar a qualquer tempo os compromissos perante os consumidores).
- Mensalidades e prêmios adequados ao risco que o segurado representa são essenciais para a solvência da operadora de plano de saúde.
- A categorização dos indivíduos em grupos de risco homogêneos é essencial para a correta precificação dos seguros e é justa para o consumidor, pois todos os indivíduos naquela categoria pagarão prêmios iguais, que corresponderão adequadamente aos riscos que cada um gera ao grupo segurado.
- O único fator permitido pela legislação brasileira para a categorização dos consumidores de planos de saúde é a idade, de forma que estes são categorizados em faixas etárias. É o que se denomina *community rating* modificado, pois outros fatores de diferenciação que influenciam o risco (p.ex. gênero, local de residência, hábitos de vida, ocupação profissional) são vedados.
- Os custos de assistência à saúde aumentam conforme aumenta a idade dos beneficiários do plano de saúde. Dados empíricos (inclusive do Brasil) mostram que o custo de assistência à saúde de idosos é 7 vezes, ou mais, maior que o custo com pessoas da primeira faixa etária.
- A legislação brasileira vigente estabelece faixas etárias para a variação dos preços dos planos e limita o valor cobrado na última faixa (acima de 59 anos) a 6 vezes o valor da primeira faixa (até 17

¹ O termo “plano de saúde” é usado de forma a abranger todos os produtos submetidos à Lei nº 9.656/98.

² O termo “operadoras de planos de saúde” é usado abrangendo tanto operadoras quanto seguradoras especializadas em saúde.



anos). Contratos celebrados até 31.12.2003 seguem faixas etárias diferentes e contratos celebrados até 31.12.1998 (anteriores à Lei nº 9.656/98) seguem as faixas e percentuais de variação previstos nos respectivos instrumentos.

- Para indivíduos acima de 59 anos de idade, há o chamado *community rating* puro - todos os indivíduos segurados pagam o mesmo prêmio, independentemente do risco que eles geram ao plano de saúde.
- Essas limitações criam um mecanismo de subsídio cruzado entre os consumidores: os de menor risco (jovens) pagam mensalidades proporcionalmente mais elevadas que os de maior risco (idosos).
- Isso gera seleção adversa: indivíduos de baixo risco (jovens) tenderão a não contratar o plano ou a deixá-lo, enquanto indivíduos de alto risco (idosos) terão incentivos a contratá-lo. Isto altera o perfil de risco do grupo segurado, aumentando o custo do plano e, assim, afastando ainda mais os consumidores de menor risco da contratação. No extremo, esse mecanismo pode levar à extinção do mercado. A experiência de oito estados dos EUA demonstra esse efeito.
- Evidências empíricas confirmam que a imposição de *community rating* aumenta o preço dos produtos, reduz a oferta de seguros e reduz o universo de segurados.
- A Nota Técnica de Registro de Produtos - NTRP - é um estudo atuarial-financeiro exigido para a autorização, pela ANS, de planos individuais/familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais financiados exclusivamente pelo segurado.
- A NTRP demonstra os custos com a prestação dos serviços de assistência em cada faixa etária e os valores comerciais a ser praticados, ficando claros os percentuais de variação do preço a cada faixa etária e a razão de sua existência.
- A sustentabilidade econômico-financeira de longo prazo do mercado de planos de saúde depende da adequada relação entre os riscos e os prêmios cobrados. No entanto, essa sustentabilidade só será possível se, ao longo dos anos, for respeitada a formação de preço por faixa etária, originada a partir da análise atuarial fundamentada em Nota Técnica.



1. Conceito de Seguros

Seguros são estruturas financeiras com o objetivo de indenizar os segurados e seus beneficiários no caso de ocorrência de determinados eventos imprevisíveis que tenham um impacto negativo em relação a seus interesses. Para tanto, há a formalização de um contrato de seguro entre segurado e seguradora, no qual são previamente estabelecidos os riscos cobertos pelo seguro, os limites de cada cobertura, o prêmio a ser pago por cada cobertura e o prazo de vigência da contratação.

Por exemplo, as pessoas estão sujeitas a danos financeiros provenientes do possível roubo de seus automóveis e podem contratar um seguro para se proteger desse risco. Similarmente, empresas correm o risco do possível incêndio em suas instalações e podem contratar coberturas de incêndio até um determinado valor, compatível com o valor do interesse segurado. Por meio da contratação de seguros, pessoas (físicas ou jurídicas) podem se proteger do impacto financeiro negativo de eventos imprevisíveis, estes últimos também denominados riscos cobertos. Isso nos leva à definição de **risco, que é o evento incerto, ou de data incerta, que independe da vontade das partes contratantes do seguro e cuja ocorrência dará direito à indenização prevista no contrato.**

Quando o risco efetivamente ocorre denomina-se sinistro. Assim, no primeiro exemplo mencionado, se o automóvel para o qual o segurado contratou a proteção do seguro for roubado, dentro do período de vigência da cobertura, esse evento é considerado um sinistro e o valor da indenização deverá ser pago pela seguradora ao segurado.

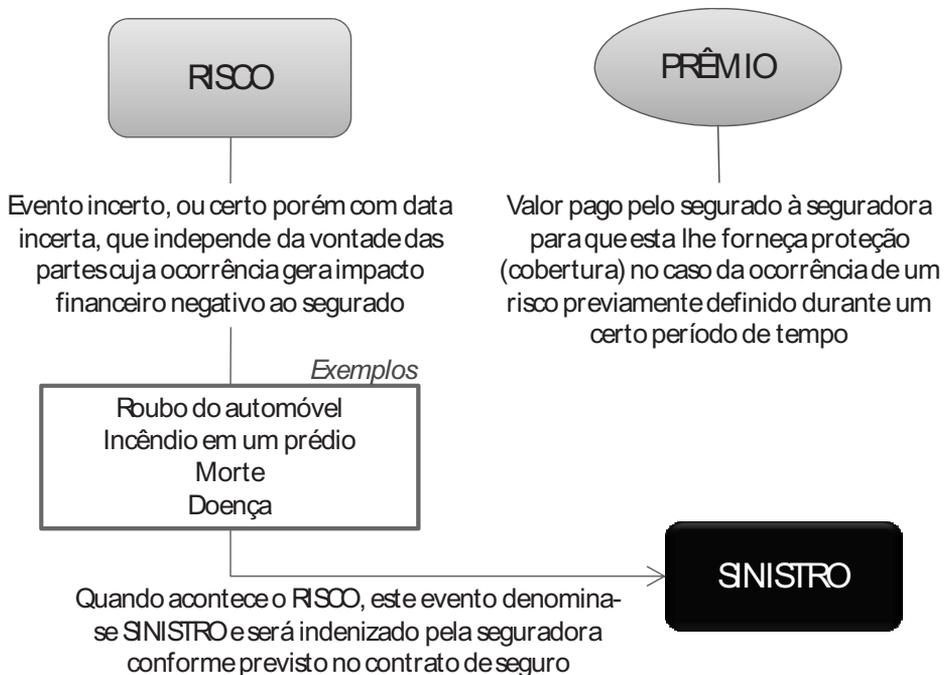
Mas, para ter acesso à cobertura, o segurado precisa cumprir, previamente, sua parte no contrato de seguro, que é pagar à seguradora o valor estipulado no contrato. **O valor pago pelo segurado à seguradora por uma determinada cobertura de seguro é denominado prêmio de seguro.** O pagamento do prêmio pode ser feito em uma única



parcela ou em diversas parcelas ao longo do período de vigência da cobertura. Mas, em qualquer caso, os segurados sempre pagam antecipadamente pela cobertura de riscos ainda a decorrer durante a vigência do seguro. Ou seja, os segurados devem pagar previamente para ter direito a uma indenização no caso da ocorrência de um determinado evento, o qual não se sabe de antemão se ocorrerá durante a vigência do seguro.

A figura abaixo resume esses conceitos.

Figura 1 - Conceito de Risco, Sinistro e Prêmio



Como outros mercados que lidam com a confiança e a poupança da população, o mercado segurador está sujeito à fiscalização pelo Poder Público. Um dos objetivos primordiais dessa fiscalização é garantir que as seguradoras tenham capacidade econômico-financeira de arcar com o



pagamento das indenizações devidas aos segurados. Isso significa garantir a **solvência das seguradoras**, ou seja, zelar para que elas tenham **capacidade de honrar a qualquer tempo os compromissos junto a seus segurados**. Dentre outros mecanismos comumente empregados ao redor do mundo, e praticados também no Brasil, está a exigência de uma estrutura adequada de capital, incluindo limites mínimos de capital, e a constituição de provisões técnicas.

No Brasil, somente pode ser parte num contrato de seguro, como seguradora, **a entidade legalmente autorizada pelo Governo Federal**, por intermédio da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda. De fato, garantir as condições mínimas de solvência das seguradoras é condição essencial para viabilizar a existência de um mercado segurador que atenda o objetivo de proteção aos interesses dos segurados.

Não obstante, para que um determinado seguro seja viável do ponto de vista econômico-financeiro, é necessário que o risco por ele coberto seja segurável. **Entende-se por risco segurável aquele que atende a exigências mínimas para a sua viabilidade econômica**, como:

- a) O risco deve ser acidental, ou seja, **a ocorrência do sinistro deve se dar de forma aleatória**. A estrutura de financiamento do seguro não funcionaria caso a ocorrência dos eventos cobertos fosse certa durante a vigência do seguro, pois, se assim fosse, o valor dos prêmios corresponderia exatamente ao valor do evento certo adicionado das taxas de administração e não haveria nenhum sentido econômico para a operação de seguro (BROWN, 1993);
- b) **O segurado e seus beneficiários não podem intencionalmente impactar na probabilidade de ocorrência do sinistro** ou no valor da indenização do risco coberto;
- c) **O risco representado por cada um dos segurados deve ser homogêneo**. Isso significa que os segurados são agrupados em conjuntos específicos, no qual cada um deles tem a mesma



probabilidade de incorrer no risco que os demais. Um exemplo é a segregação, no seguro de automóveis, entre segurados homens e mulheres: a probabilidade das mulheres incorrerem em sinistros é menor que a dos homens, portanto o cálculo do prêmio do seguro é feito de forma separada conforme o gênero dos segurados (BROWN, 1993);

- d) **O risco deve ter uma probabilidade mínima de ocorrer com todos os segurados ao mesmo tempo** e a ocorrência do risco a um segurado não deve impactar a probabilidade de ocorrência para outros segurados. De fato, o mútuo de riscos não funciona para riscos catastróficos (BROWN, 1993);
- e) **A perda produzida pelo sinistro deve ser definitiva** (BROWN, 1993);
- f) **O valor da indenização deve ser calculável**, com base na avaliação estatística da experiência pregressa (BROWN, 1993);
- g) **O valor da indenização deve ter um limite máximo previamente definido**, pois com base nesse limite a seguradora calculará o prêmio adequado à cobertura contratada;
- h) **O custo para segurar o risco deve ser economicamente viável**. Ou seja, o seguro deve ter um valor de prêmio que possibilite a sua venda (BROWN, 1993).

Caso os riscos não atendam a alguns dos requisitos acima, podem acontecer situações de risco moral e seleção adversa. **Risco moral**, ou *moral hazard*, é a situação em que o indivíduo, após comprar o seguro, modifica deliberadamente seu comportamento e passa a praticar ações que, se não houvesse o seguro, não praticaria. Por exemplo: após contratar o seguro de seu automóvel, o segurado passa a estacionar o carro na rua, ao invés de pagar um estacionamento. No caso dos planos de saúde, o risco moral está associado à superutilização dos procedimentos de saúde. Já a **seleção adversa**, “*no caso dos seguros*



*em geral e dos planos e seguros de saúde em particular, 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, levando a um aumento do prêmio e nova exclusão dos consumidores.”*³ (CECHIN, 2008, p. 35).

Para evitar os efeitos adversos que seriam gerados pelo risco moral e seleção adversa, há instrumentos que podem ser empregados, como a exigência de carências, franquias e co-participação, a exclusão de alguns eventos da cobertura ou a imposição compulsória da compra do seguro.

Sendo o risco segurável, a seguradora poderá calcular o prêmio de seguro, o qual deverá guardar estreita relação com o risco a ser coberto para que possa haver o equilíbrio econômico-financeiro e atuarial da operação de seguro. **A aplicação de prêmios adequados ao risco é essencial para a solvência da seguradora.**

Estando atendidas as condições necessárias à solvência das seguradoras e à segurabilidade dos riscos, o que torna financeiramente viável o seguro, para segurados e seguradoras, é a sua **estrutura de financiamento baseada no mutualismo**. O seguro é uma estrutura financeira em que existe um mútuo dos riscos cobertos, de forma que, num determinado período de vigência, a receita oriunda dos prêmios pagos por todos os segurados de um determinado grupo é utilizada para financiar o pagamento de todos os sinistros deste grupo ocorridos nesse período.

Como a ocorrência dos riscos é aleatória e homogênea dentro de um determinado grupo, não se sabe de antemão qual dos indivíduos será afetado pelo risco: todos podem ser, com a mesma probabilidade. O que é certo é que só alguns o serão e receberão a indenização cujo valor é substancialmente maior que o valor do prêmio por eles pagos. Os demais membros do grupo segurado, para os quais o risco não se materializou,

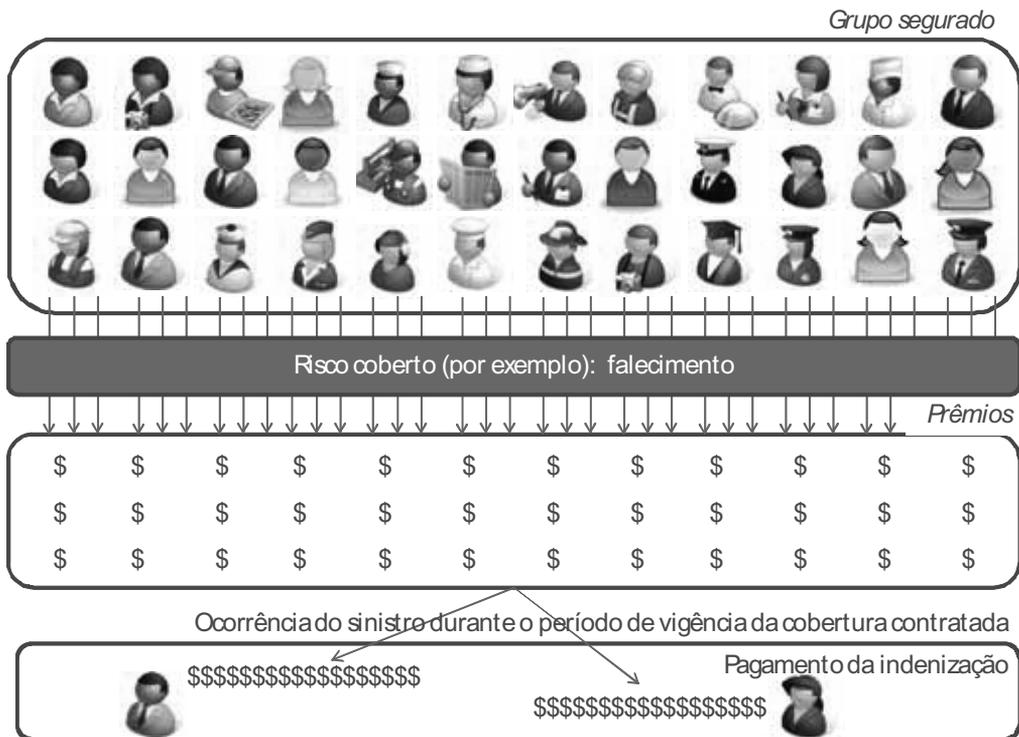
³ O tema é tratado em detalhes na seção 6 deste parecer.



terão pago o prêmio para usufruir da segurança e não receberão valor algum ao final da vigência da cobertura.

A figura abaixo ilustra a mutualidade no mercado de seguros.

Figura 2 - Estrutura mutual de seguros



A estrutura de financiamento de seguros baseada no mutualismo é denominada **regime de repartição simples**. Este é o regime financeiro utilizado na totalidade dos ramos de seguro de danos (por exemplo, seguros patrimoniais, seguros de responsabilidade civil e seguros de

automóveis) e na maioria dos seguros de pessoas (por exemplo, seguros de saúde, seguros de acidentes pessoais e seguros de vida em grupo)⁴.

Nesse regime todos os segurados pagam prêmios independente da ocorrência ou não do risco durante o prazo de vigência do contrato e não há formação de reservas individuais em nome de cada segurado. É importante destacar que, nessa estrutura de financiamento, os segurados não têm direito à devolução do prêmio referente à cobertura a riscos já decorridos, mesmo que o sinistro não tenha ocorrido. Por exemplo, se uma pessoa contrata um seguro para seu automóvel por um ano, após o período de vigência da proteção, o segurado não tem direito a resgatar qualquer parcela do prêmio pago, mesmo não tendo ocorrido nenhum sinistro com o automóvel que foi segurado neste período. De fato, o prêmio pago pelo segurado foi utilizado para pagar, em parte, os sinistros ocorridos com os automóveis dos demais segurados que tinham este tipo de seguro com a seguradora no mesmo período.

Mesmo em seguros de vida em grupo com vigência anual, mas que são renovados ao longo de vários anos, a estrutura de financiamento utilizada é a de repartição simples, de forma que não há constituição de provisões individuais por segurado e, por isso, não há resgate de prêmios referentes à proteção de riscos já transcorridos. No entanto, pessoas leigas em relação à estrutura de financiamento dos seguros tendem a acreditar que em alguns seguros, como o seguro de vida e o seguro saúde, o prêmio que elas pagam hoje é provisionado para suportar eventuais sinistros que ocorrerão muitos anos à frente. Ou seja, é comum - e errôneo - achar que seguros de vida em grupo e seguros de saúde operam no regime de capitalização, pois atualmente, no Brasil, o financiamento destes seguros se dá em regime de repartição simples.

Este tipo de confusão é tão comum que a SUSEP obriga as seguradoras a mencionar, expressamente, nas condições gerais dos contratos de seguros de pessoas que não há devolução ou resgates de prêmios em

⁴ O regime de repartição simples se contrasta com o regime de capitalização, utilizado no caso dos planos de previdência, seguros de vida individual e seguros de cobertura por sobrevivência, nos quais são constituídas provisões técnicas individuais para cada segurado.

seguros estruturados em repartição simples (Circular SUSEP n° 302/2005, art. 91).

Para os indivíduos, é financeiramente mais vantajoso contratar um seguro do que constituir individualmente uma reserva monetária para ser usada no caso da ocorrência de um dano financeiro imprevisto. Por exemplo, na hipótese de inexistência de seguros de automóveis, as pessoas que pretendessem se proteger do risco financeiro do possível roubo de seus automóveis teriam que, elas mesmas, compor uma reserva monetária equivalente ao valor desse bem, o que, na maioria das vezes, não só é inviável, como irracional do ponto de vista econômico, pois os recursos alocados a essa reserva poderiam ser melhor utilizados pelo indivíduo em outras finalidades.

Já do ponto de vista da seguradora, com base na teoria estatística denominada “Lei dos Grandes Números”, o mútuo de um grande número de riscos homogêneos faz com que o valor médio dos sinistros a ser pago tenda a seu valor médio teórico. Quanto maior o número de segurados, maior a probabilidade de acerto nesse cálculo. Ou seja, o mútuo de riscos é uma estrutura financeira viável e mais vantajosa tanto para segurados como para seguradoras.

2. Planos e seguros de saúde seguem os mesmos princípios do seguro

Conforme se deduz dos conceitos apresentados, planos e seguros de saúde seguem os mesmos princípios dos demais seguros, no que se refere aos aspectos técnicos, econômico-financeiros e atuariais.

A essência dos planos de saúde⁵ é a proteção dos riscos associados a doenças e acidentes pessoais que afetem a saúde do consumidor, que

⁵ Usaremos a denominação “plano de saúde” abrangendo todos os produtos submetidos à Lei n° 9.656/98, portanto incluindo tanto planos quanto seguros de saúde. Usar-se-á, também, a expressão “seguro saúde” em seu contexto amplo, abrangendo planos e seguros.

são eventos de natureza aleatória, imprevisíveis e indesejados pelo consumidor.

Tem-se, assim, a caracterização do **risco** protegido: a doença ou o acidente pessoal. Tratam-se de eventos incertos em sua grande maioria, ou certos porém de data e magnitude incertas, e cuja ocorrência independe da vontade das partes. Ninguém gosta de ficar doente, ninguém tem em seus planos tornar-se portador de uma doença crônica ou acidental-se propositadamente. É fácil notar que **a ocorrência dos sinistros é aleatória e imprevista.**

No entanto, face à estrutura adotada atualmente no Brasil, pode-se entender que há riscos compreendidos nos planos de saúde que não têm esse caráter de aleatoriedade. Consultas médicas são programadas e voluntariamente realizadas pelos consumidores, como no caso de ginecologia, pediatria, oftalmologia e outras; exames são realizados rotineiramente como parte de *check-ups* preventivos. Há, certamente, alguns sinistros de ocorrência certa, porém ainda assim o elemento aleatório prevalece, seja na magnitude dos gastos (os sinistros “rotineiros” tendem a ter um custo significativamente inferior aos sinistros aleatórios), seja na distribuição desses eventos pela população (alguns indivíduos optam por não realizar essas rotinas), seja pela incerteza quanto aos desdobramentos futuros de cada procedimento de saúde (uma simples consulta de rotina pode identificar a existência de uma doença grave).

Outra característica do seguro é que o segurado não pode intencionalmente impactar a probabilidade de ocorrência do sinistro. No caso de planos de saúde, somos levados a supor que esse requisito é satisfeito, pois a natureza humana é inerentemente voltada à conservação da vida e da saúde. Todos buscam uma vida longa e saudável. Ainda que alguns indivíduos adotem hábitos de vida considerados não-saudáveis, como o fumo, álcool, drogas, obesidade e sedentarismo, isso não invalida a afirmativa que, como regra geral, os segurados não agravam propositadamente os riscos segurados.

Antes citamos uma importante característica dos riscos segurados, que é a **homogeneidade dentro o grupo segurado**, de forma que cada membro do grupo tenha a mesma probabilidade de incorrer no risco que os demais. No âmbito dos planos de saúde, no Brasil, a única segregação possível dos indivíduos em grupos é com base na idade do consumidor. Conforme será apresentado adiante, **criaram-se categorias - faixas etárias - em que o valor dos prêmios cobrados deve ser uniforme pois se pressupõe que dentro de cada uma dessas faixas a probabilidade de cada indivíduo ser afetado pelo risco é igual a dos demais, justificando assim o pagamento do mesmo valor por todos os segurados da respectiva faixa.**

Ainda que a idade seja um indicador bastante relevante da probabilidade de ocorrência no risco, não é o único. Sexo, local de residência, atividade profissional, condição de saúde e a existência de determinadas doenças são outros fatores que, teoricamente, poderiam ser empregados para compor grupos homogêneos de segurados, os quais teriam a mesma chance de incorrer no risco e, portanto, pagariam o mesmo preço pela cobertura do seguro. A legislação e regulamentação atualmente vigentes no Brasil não permitem a organização de grupos diferenciados com base nesses fatores.

Todas as demais características dos riscos seguráveis, apresentadas no tópico anterior (mencionadas em BROWN, 1993) encontram-se presentes nos planos de saúde, com exceção, no caso brasileiro, apenas do limite máximo previamente estabelecido para o valor das indenizações, atualmente vedado por nossa legislação, o que, por si só, não afasta a caracterização dos planos de saúde como um tipo de seguro.

Na ocorrência de um risco segurado, a seguradora deverá pagar a indenização contratada. Em alguns planos de saúde, o pagamento se dá pelo sistema de reembolso, com a transferência de numerário diretamente ao indivíduo afetado pelo sinistro, de forma similar ao que acontece na maior parte dos demais seguros. Na maioria dos planos, o pagamento é feito diretamente pela operadora ao prestador de serviços.



Qualquer que seja a estrutura, a operadora do plano é quem arca com o ônus financeiro relacionado ao evento coberto pelo plano de saúde.

E, como não poderia deixar de ser, há o valor pago pelo consumidor à operadora para ter sua saúde protegida. Esse valor, usualmente pago mensalmente, é a **contraprestação pecuniária do plano ou o prêmio do seguro** e é sempre pago antecipadamente à ocorrência do risco.

A exploração do mercado de planos de saúde é uma **atividade regulada pelo governo federal**, por intermédio da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS⁶, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, e, em alguns casos, também pela SUSEP⁷, e **somente pode ser exercida por entidades previamente autorizadas para tanto**, denominadas operadoras de planos de saúde⁸. Há diversas exigências desses órgãos voltadas a garantir a **solvência das operadoras**.

O financiamento dos planos de saúde ocorre na forma **mutual**, em regime de **repartição simples**. Não há, no Brasil, formação de reservas específicas capitalizadas em nome de cada consumidor. Todos contribuem para um fundo comum, administrado pela operadora, do qual serão obtidos os recursos para o pagamento das indenizações devidas durante o período de vigência da cobertura.

Portanto, constata-se que planos de saúde seguem em seus aspectos técnicos, atuariais e financeiros exatamente os mesmos princípios que os demais tipos de seguros.

⁶ Antes da Lei nº 9.656/98, a SUSEP regulava o mercado de seguros de saúde.

⁷ Atualmente, a regulação da SUSEP abrange poucos aspectos (por ex., atividade de corretagem) e se limita às seguradoras especializadas em saúde. Há também regulação do Conselho Monetário Nacional - CMN relativa à aplicação dos recursos garantidores das reservas técnicas dessas seguradoras.

⁸ Utilizaremos a expressão “operadoras de planos de saúde” abrangendo também as seguradoras especializadas autorizadas a operar nesse segmento.

Por este motivo é necessário que se tenha, com planos e seguros de saúde, os mesmos cuidados que se têm em relação a seguros para se garantir seu equilíbrio econômico-financeiro e atuarial.

3. O custo da assistência médica aumenta conforme aumenta a idade do consumidor

Como dito antes, a organização do mercado de seguros pressupõe que se possam segregar os consumidores em grupos de riscos semelhantes, de forma que todos os indivíduos do mesmo grupo tenham a mesma probabilidade de incorrer no risco segurado e, portanto, paguem prêmios do mesmo valor.

No caso de planos de saúde, vários indicadores poderiam ser empregados para classificar os consumidores em grupos: gênero, local de residência, tipo de ocupação, escolaridade, dentre outros. Porém o principal e mais importante indicador é a **idade**.

O envelhecimento é um processo natural que faz com que, a partir de certa idade (ao redor dos trinta anos), a saúde comece lentamente a se deteriorar, processo que se agrava significativamente a partir dos sessenta anos de idade. Há certamente variações entre indivíduos, que podem ser explicadas por fatores diversos, como hábitos de vida, predisposição genética, etc., mas o efeito do envelhecimento sobre as condições gerais de saúde é universal.

Quanto mais idosa a pessoa, maiores tendem a ser os riscos relacionados à sua saúde. Isso implica que **os custos de assistência à saúde aumentam conforme aumenta a idade dos beneficiários**.

*Em um estudo de 1998, relativo ao acesso e à utilização dos sistemas de saúde, foram analisados vários indicadores de saúde (IBGE, 2000). Confirmou-se o que empiricamente já se sabia: **o grupo etário acima dos 60 anos apresenta invariavelmente índices maiores de morbidade quando comparados aos demais grupos etários** (Veras, 2001; Veras*



& Alves, 1994). A morbidade referida e observada foi maior entre os idosos, assim como a auto-avaliação do estado de saúde foi pior entre os mais velhos. Observou-se também uma maior proporção de restrições de atividades habituais nos 15 dias anteriores à entrevista, por motivo de saúde, entre os de mais de 60 anos. Em relação às doenças crônicas, os idosos apresentaram números mais expressivos, quando comparados às demais faixas etárias. Pelo fato de a presença de patologias múltiplas, particularmente crônicas, ser maior entre os idosos, o número de exames complementares, quer laboratoriais ou de diagnóstico por imagens, também é superior entre os idosos (Vilar, 2000). A literatura brasileira recente (Mosegui et al., 1999; Rozenfeld, 1997; Sayd et al., 2001) aponta consistentemente para um maior uso de medicamentos entre os idosos. **Em síntese, qualquer que seja o indicador de saúde analisado, haverá uma proporção maior de agravos e procedimentos médicos entre aqueles de mais de 60 anos, em comparação aos demais grupos etários, implicando maior utilização dos serviços de saúde e custos mais elevados.** [...] A população idosa é a que proporcionalmente consome mais serviços de saúde. (VERAS, 2003, p. 707-708. Grifos nossos).

Além da crescente fragilidade do organismo, há outros fatores que colaboram ainda mais para o aumento dos gastos de saúde por parte de pessoas idosas, como a maior complexidade dos serviços demandados por esse grupo e a maior busca por serviços de saúde. Essas pessoas tendem a ter mais doenças crônico-degenerativas, tendem a consumir mais serviços de saúde e o custo médio de internação de pessoas idosas é maior do que aquele observado em faixas etárias mais jovens (NUNES, 2004, p. 428).

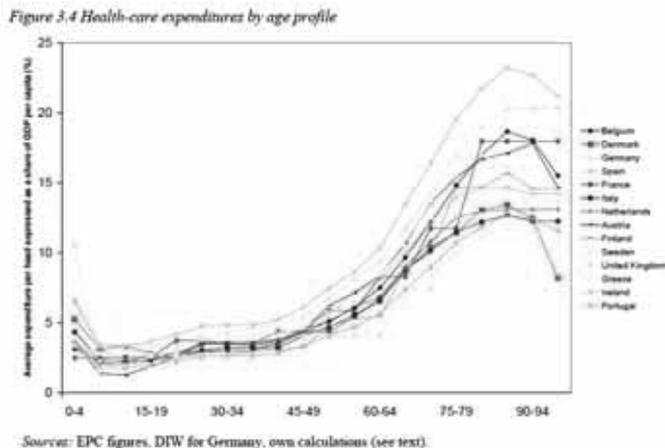
Conforme destacado em estudo do IESS, o envelhecimento, do ponto de vista individual, é um processo natural de fragilização que provoca progressiva vulnerabilidade fisiológica, tornando o indivíduo idoso mais propenso a problemas crônicos e graves de saúde. Esse é justamente um dos motivos que levam ao aumento da demanda por serviços de assistência à saúde com o avanço da idade. Além disso, esses serviços são, via de regra, mais complexos e mais caros, o que explica o maior gasto com saúde entre os idosos (...).



Como é evidente, conforme se envelhece mais escassos são os anos de vida de que se dispõe. Portanto, em idades avançadas, indivíduos tendem a valorizar mais os anos adicionais de vida, de tal modo que destinam parcelas maiores de suas rendas aos cuidados com a saúde [...]. (CECHIN, 2008, p. 43).

Os gráficos abaixo demonstram essa afirmação. O primeiro mostra os gastos com cuidados curativos em países da União Européia conforme a idade do indivíduo, o segundo compara os valores gastos com saúde pela população japonesa conforme a idade, e o último apresenta dados de utilização do SUS por faixa etária, mostrando que esse padrão também se verifica no Brasil.

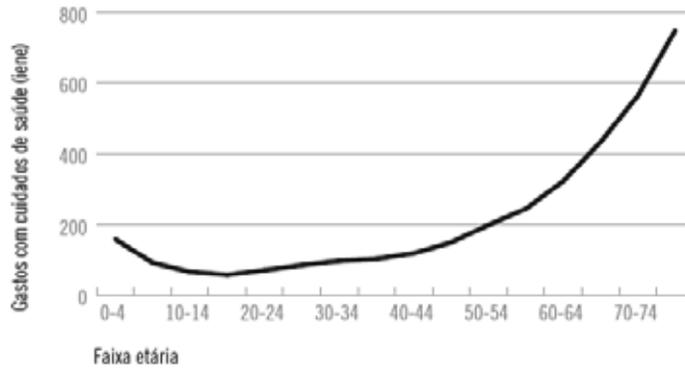
Gráfico 1 - Gastos com Cuidados Curativos em Países da União Européia, por perfil de idade



Fonte: Pellikaan e Westerhout, 2005



Gráfico 2 - Gastos com saúde *per capita* por faixa etária no Japão em 2004

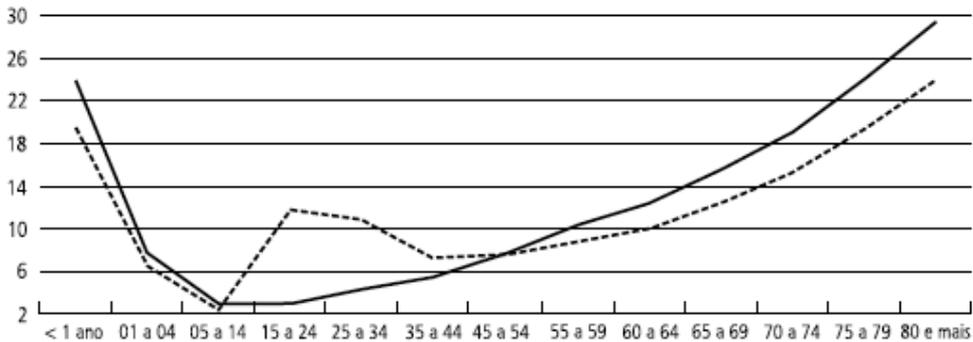


Fonte: Fukui e Iwamoto (2006)

Fonte: Cechin, 2008, p. 44.

Gráfico 3 - Taxa de utilização do SUS por faixa etária (2003). Homens e Mulheres

GRÁFICO 2
TAXA DE UTILIZAÇÃO NO SUS, POR FAIXA ETÁRIA — 2003



Fonte: Datasus

— Homens - - - - Mulheres

Fonte: Nunes, 2004, p. 431

OBS. Entre os 15 e 34 anos o número de internações de mulheres sobe



significativamente em decorrência do grande número de partos normais e cesarianos.

O estudo de Fukui e Iwamoto (2006) - Gráfico 2 acima - mostra que os gastos per capita em saúde para pessoas com mais de 75 anos são 7,5 vezes superiores do que para os jovens entre 15 e 19 anos de idade, ao passo que o estudo de Pellikaan e Westerhout (2005) - Gráfico 1 acima - aponta que em todos da Europa analisados os gastos aumentam em até mais de 10 vezes para idades acima de 70 anos em relação aos gastos para as faixas etárias dos 5 aos 19 anos (CECHIN et al, 2009).

Deste modo, **para a organização de um plano de saúde, um grupo contendo beneficiários de diversas idades não apresenta homogeneidade em relação ao risco de saúde.** Para a correta tarifação dos planos de saúde (assim como de todos seguros), é necessária a estratificação dos indivíduos em grupos de risco homogêneos. Após esta estratificação, é possível mensurar o risco em cada um dos grupos e calcular os respectivos valores de prêmio de seguro ou de contraprestação pecuniária.

É por este motivo que as contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos dos planos privados de assistência à saúde variam de acordo com a idade do beneficiário. Quanto mais idoso o consumidor, maiores os gastos que ele acarreta ao grupo segurado, portanto maior deverá ser o prêmio que ele paga. Todos os indivíduos situados na mesma faixa etária, que a princípio representam o mesmo risco ao plano, pagam a mesma mensalidade. A organização de grupos homogêneos, de acordo com as idades dos beneficiários, é benéfica para o conjunto dos consumidores, pois cada um pagará prêmios adequados a seu perfil.

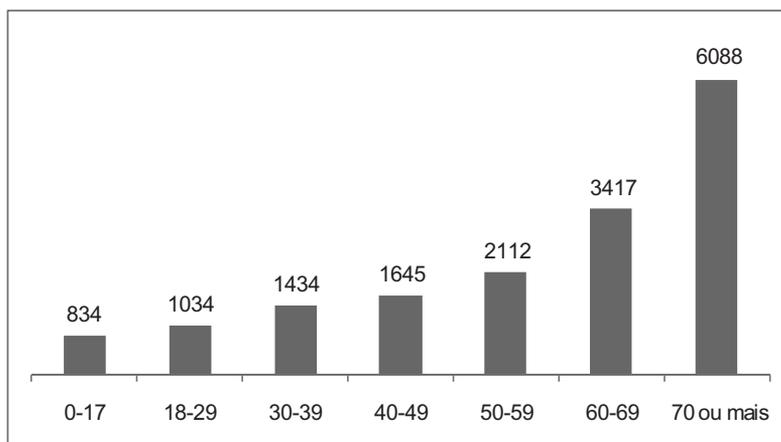
Uma evidência empírica da variação dos custos de saúde de acordo com a idade dos beneficiários é apresentada na Pesquisa Nacional 2007, da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS (2008). Os gráficos abaixo foram retirados desta pesquisa. Segundo essa entidade, os dados são provenientes de 75 instituições de autogestão em

saúde, as quais são responsáveis por mais de 4 milhões de beneficiários. A amostra de dados representa quase 80% da população de beneficiários do segmento de autogestão, segundo o cadastro de beneficiários da ANS de dezembro de 2007.

Os gráficos mostram como variam os custos médios assistenciais de acordo com as faixas etárias dos beneficiários da referida amostra. No primeiro gráfico as faixas etárias são aquelas especificadas na Resolução nº 6/98 do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, e no segundo as faixas etárias são aquelas especificadas na Resolução Normativa ANS nº 63/2003.

Nota-se claramente a elevação significativa dos custos nas últimas faixas etárias. Em ambos os casos, a última faixa apresenta gastos superiores a 7 vezes o valor da primeira faixa.

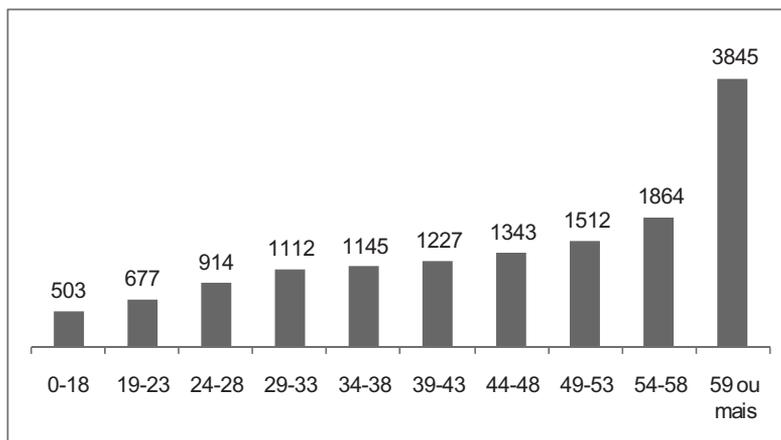
Gráfico 4 - Custo Médio por Faixa Etária (R\$) - Pesquisa Nacional UNIDAS 2007
Custo Médio Assistencial / Beneficiário/ Ano por Faixa Etária
Faixas Etárias – Resolução CONSU nº 6/1998



Fonte: UNIDAS – Pesquisa Nacional 2007 (2008)



Gráfico 5 - Custo Médio por Faixa Etária (R\$) - Pesquisa Nacional UNIDAS 2007
Custo Médio Assistencial / Beneficiário / Ano por Faixa Etária
Faixas Etárias – Resolução Normativa ANS nº 63/2003



Fonte: UNIDAS – Pesquisa Nacional 2007 (2008)

Optando-se por cobrar dos consumidores valores exatamente proporcionais ao custo que a respectiva faixa etária gera ao plano de saúde, os percentuais de variação do preço a cada mudança de faixa etária seriam os abaixo apresentados:



Tabela 1 - % de variação do custo assistencial a cada faixa etária
Pesquisa Nacional UNIDAS 2007 - Faixas Etárias conforme Res. CONSU n°
06/1998

Faixas Etárias	Custo Assistencial (R\$)	% de Variação ⁹
0-17	833,53	
18-29	1.033,80	24%
30-39	1.433,72	39%
40-49	1.645,16	15%
50-59	2.112,39	28%
60-69	3.417,00	62%
70 ou mais	6.087,97	78%

Tabela 2 - % de variação do custo assistencial a cada faixa etária
Pesquisa Nacional UNIDAS 2007 - Faixas Etárias conforme Res. ANS n°
63/2003

Faixas Etárias	Custo Assistencial (R\$)	% de Variação ¹⁰
0-18	502,95	
19-23	677,00	35%
24-28	914,00	35%
29-33	1.111,58	22%
34-38	1.144,98	3%
39-43	1.226,96	7%
44-48	1.343,35	9%
49-53	1.512,46	13%
54-58	1.863,53	23%
59 ou mais	3.844,95	106%

⁹ O valor da última faixa etária é superior ao limite de 6 vezes o valor da primeira faixa etária estabelecido pela Res. CONSU n° 06/98 pois o objetivo desta Tabela é demonstrar quais seriam os valores das mensalidades (calculados com base nos custos assistenciais) caso inexistisse referida limitação.

¹⁰ A variação acumulada entre a primeira e a última faixa é superior ao limite de 6 vezes, bem como a variação de preço acumulada entre a 7ª e a 10ª faixa é superior à variação acumulada entre a 1ª e a 7ª faixa (portanto, em desacordo ao que estabelece a Res. ANS n° 63/03) pois, assim como a Tabela anterior, o objetivo desta é demonstrar quais seriam os valores das mensalidades caso inexistissem referidas limitações.



A regulamentação atualmente vigente no Brasil (adiante comentada) exige que sejam praticados valores uniformes de mensalidades de planos de saúde para todos os consumidores com mais de 59 anos de idade¹¹. Isso significa que a partir dessa idade há o que se chama **community rating puro - todos os indivíduos segurados pagam o mesmo prêmio, independentemente do risco que eles geram ao plano de saúde.**

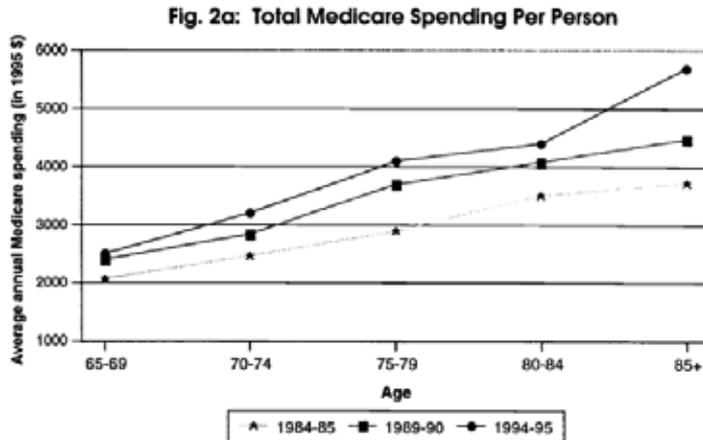
No entanto, trata-se de uma faixa etária que abrange uma ampla gama de pessoas: pode haver uma diferença de 40, ou mesmo 45 anos ou mais, entre dois indivíduos nessa mesma faixa. **Há uma grande heterogeneidade no segmento populacional considerado idoso**, e estudos técnicos costumam distinguir dois grupos: os “jovens idosos” e os “mais idosos” (CAMARANO, 2002). Uma pessoa com 85 anos de idade tende a ter gastos com sua saúde muito superiores ao de uma pessoa com 60 anos.

Isso é comprovado por dados empíricos. O Gráfico abaixo quantifica o gasto total *per capita* do Medicare (sistema público de saúde dos EUA, destinado a pessoas idosas) conforme as diversas faixas etárias incluídas nesse grupo. Tomando por base os dados do período de 1994 e 1995, verifica-se que os gastos *per capita* do Medicare com o tratamento de idosos com 85 anos ou mais é 2,3 vezes superior ao de idosos entre 65 e 69 anos. Isso significa que, se fosse cobrada mensalidade dos segurados, o segurado de 65 anos teria um reajuste acumulado, ao chegar aos 85 anos, de mais de 130%.

¹¹ Para contratos celebrados até 31.12.2003, a última faixa etária é de 70 anos em diante.



Gráfico 6 - Custo total *per capita* do Medicare (EUA) conforme a faixa etária do beneficiário idoso



Fonte: Cutler, 1999, p. 19.

Outra ponderação importante a acrescentar é que **o Brasil tem verificado um significativo envelhecimento populacional nas últimas décadas, que tende a continuar e se agravar nas próximas.** A expectativa de vida ao nascer e a expectativa de sobrevida em todas as idades têm aumentado continuamente. Paralelamente, a taxa de fecundidade¹² tem caído, fazendo com que diminua a proporção dos jovens na população e aumente a de idosos: hoje as pessoas acima de 60 anos representam pouco mais de 9% da população brasileira, mas em 2050 representarão 25% (IBGE, 2004). E, dentre os idosos, o grupo com 80 anos ou mais, que hoje representa cerca de 1,3% da população brasileira, passará a 5,3% em 2050.

O envelhecimento da população brasileira agravará ainda mais o sistema de saúde. Com maior proporção de idosos na população como um todo, e conseqüentemente também nos planos de saúde, os custos do fornecimento de assistência à saúde aumentarão.

¹² Números de filhos por mulher.

Em resumo, os custos para fornecer assistência médica aumentam conforme aumenta a idade do beneficiário. Dessa forma, a segregação dos consumidores em grupos de risco semelhantes, com base na idade de cada um, é uma ferramenta importante para que se criem conjuntos homogêneos de segurados, os quais pagarão o mesmo valor de mensalidade. Os valores das mensalidades em cada faixa etária devem guardar estreita relação com os respectivos custos daquela faixa etária para que o plano tenha viabilidade econômica e atuarial.

É necessário que a receita de mensalidade ou prêmio de cada faixa etária seja suficiente para arcar com todas as despesas de assistência à saúde da respectiva faixa etária. No entanto, conforme veremos, a legislação brasileira impõe limites à cobrança de valores diferenciados por faixa etária.

4. Regulamentação Brasileira

Como demonstrado no tópico anterior, os custos com o fornecimento de assistência à saúde aumentam significativamente com o envelhecimento do consumidor. Em razão do custo diferenciado de cada consumidor perante o plano de saúde, o valor cobrado segue a mesma tendência: quanto mais idoso o consumidor, maior o valor da mensalidade do plano de saúde.

No entanto, **a legislação brasileira impõe limites à variação do valor cobrado conforme as faixas etárias**. Não houvesse essa limitação, as operadoras poderiam estabelecer o valor das mensalidades de forma a acompanhar exatamente o custo que cada faixa etária gera ao plano, buscando o perfeito equilíbrio atuarial e financeiro.

Os defensores da regulação de preços em planos e seguros de saúde se respaldam no objetivo de atingir uma situação em que haja oferta de coberturas de saúde para todos, a preços razoáveis e assegurando-se condições mínimas de solvência das operadoras e seguradoras de saúde suplementar. No entanto, conforme será comentado nos tópicos seguintes, a imposição de limites extremos ou de regras que



desrespeitam a necessária relação entre prêmios e riscos pode gerar severas consequências à sociedade, com resultados opostos a tais objetivos.

4.1. Disposições Legais

A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, entrou em pleno vigor em 1º de janeiro de 1999. Até então, as operadoras podiam comercializar contratos de assistência à saúde com as cláusulas livremente pactuadas.

Nesses contratos celebrados até o final de 1998 - conhecidos como “contratos antigos” - cada operadora definia as faixas etárias e os percentuais de variação do preço a cada mudança de faixa, observando as regras, quando aplicáveis, da SUSEP e outras vigente à época.

Durante a discussão no Congresso Nacional da legislação para o setor de saúde suplementar, a questão da variação de preço por faixa etária se mostrou um ponto de grande preocupação e resultou na inclusão, em lei, de dispositivos buscando sua regulação.

O **art. 15** da Lei nº 9.656/98 **permite que as operadoras estabeleçam preços diferenciados conforme a idade do consumidor, desde que as faixas etárias e os percentuais de variação do preço estejam previstos no contrato celebrado com o consumidor.** Adicionalmente, vedou-se a variação do preço por faixa etária para consumidores com mais de sessenta anos de idade que participem há mais de dez anos do mesmo plano de saúde (ou sucessores). A lei conferiu competência à ANS para regulamentar este tema.

Portanto, para contratos celebrados após a vigência da Lei nº 9.656/98, a variação dos preços em função da idade do consumidor deve estar previamente estabelecida, conforme normas expedidas pela ANS, as quais serão adiante comentadas.

Quanto aos **contratos antigos**, a Lei nº 9.656/98 determinou que qualquer modificação no preço por mudança de faixa etária para

consumidores maiores de sessenta anos somente poderia ser aplicada após aprovação da ANS. Este órgão, ao analisar esses contratos antigos, considerava válidas as variações de preço por faixa etária definidas em tabelas de venda anexas aos contratos ou referidas nos textos contratuais, ou ainda com base em notas técnicas atuariais, pois grande parte desses contratos havia sido celebrada em períodos de instabilidade inflacionária, em que foram adotados mecanismos de atualização monetária mensal de preços, exigindo a adoção desses anexos, o que chegou a constituir uma praxe nos mais diversos tipos de contratos de prestação continuada de serviços.

A Lei também obrigou as operadoras a, nos contratos antigos, repactuar o percentual de reajuste para idades acima de sessenta anos, diluindo-o em parcelas iguais ao longo da respectiva faixa ou ao longo de dez anos (art. 35-E). Posteriormente, este artigo foi suspenso em Medida Cautelar pelo Supremo Tribunal Federal (ADI nº 1.931). Assim, **os contratos antigos continuam sujeitos às cláusulas pactuadas** e às normas vigentes à época.

Conforme se verifica há, no âmbito legal, o reconhecimento da possibilidade de estipulação do valor dos prêmios ou mensalidades dos planos de saúde de forma diferenciada conforme a idade do consumidor e há a garantia de que contratos celebrados antes da vigência da Lei nº 9.656/98 seguem as regras neles previstas.

No entanto, anos após a publicação da Lei nº 9.656/98, o **Estatuto do Idoso** - Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, limitou ainda mais as regras sobre variação dos preços por faixa etária, **vedando a discriminação do idoso - assim considerada a pessoa com mais de sessenta anos de idade - em planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.**

O Estatuto do Idoso entrou em vigor no início de 2004, sendo tal dispositivo aplicável a contratos assinados após sua vigência. Portanto, para esses contratos, todos os consumidores com 60 ou mais anos de idade de um mesmo plano de saúde devem pagar prêmios uniformes, de

mesmo valor, ainda que dentro dessa faixa etária a ocorrência dos sinistros seja significativamente maior para os indivíduos de maior idade.

A limitação assim estabelecida implicou a necessidade de reformulação das normas da ANS sobre o tema, as quais serão comentadas a seguir.

4.2. Regulamentação infra-legal

No âmbito da Lei nº 9.656/98, a primeira norma a respeito de variação do preço em função da idade do consumidor foi a **Resolução CONSU nº 06**, de 4 de novembro de 1998, alterada pela Resolução CONSU nº 15, de 29 de março de 1999. Esta norma estabelece que os contratos devem prever **7 faixas etárias**, cada uma compreendendo o intervalo de 10 anos, com exceção das duas primeiras e da última, da seguinte forma:

- 0 (zero) a 17 (dezessete) anos de idade;
- 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos de idade;
- 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos de idade;
- 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos de idade;
- 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos de idade;
- 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos de idade;
- 70 (setenta) anos de idade ou mais.

Os percentuais de variação do preço a cada faixa etária devem ser definidos pela operadora no contrato, sendo que **o valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária**, e deve ser respeitada a vedação legal de alteração do preço por mudança de faixa etária para consumidores maiores de sessenta anos que participem há mais de dez anos do mesmo plano. É permitido que os produtos tenham valores iguais em diferentes faixas etárias, ou seja, que a variação de uma faixa para outra seja zero.

É importante frisar que não houve a divulgação de justificativa técnica para a definição da relação de 6 x 1 entre o valor da última e da primeira



faixa etária. Tampouco houve manifestação técnica acerca do porquê da escolha de referidas faixas.

Com a publicação do Estatuto do Idoso foi necessário reformular as faixas etárias regulamentadas, tendo sido publicada a **Resolução Normativa nº 63**, de 22 de dezembro de 2003.

Estabeleceu-se o início da última faixa etária aos 59 anos, de forma que pessoas com 59 anos e idosos (com 60 ou mais anos de idade) pagariam exatamente o mesmo valor, e foram reformuladas as demais faixas para permitir que o aumento nos valores entre cada faixa etária fosse mais suave. Definiram-se **10 faixas etárias**, cada uma compreendendo o intervalo de 5 anos, com exceção da primeira e da última:

- 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados pela operadora em contrato, **respeitando a relação de seis vezes entre o valor fixado para a última faixa etária e o valor da primeira** e - uma novidade trazida por esta Resolução - **a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas**. Esta nova regra visa reduzir os percentuais de variação nas últimas faixas etárias (acima de 49 anos), obrigando que parte da variação que poderia ser alocada a tais idades seja diluída pelas primeiras sete faixas.

Novamente, a publicação dessa Resolução não veio acompanhada da divulgação de estudo técnico específico sobre os critérios empregados para a escolha das faixas e dos limites de proporcionalidade especificados.

Note-se que, conforme previsto na Resolução, **estas novas faixas etárias e demais regras da Resolução RN nº 63/2003 devem ser observadas em contratos celebrados após 1º de janeiro de 2004. Contratos celebrados anteriormente seguem as faixas etárias e regras previstas na Resolução CONSU nº 06/98 e alterações, ou as regras dos respectivos contratos, se celebrados até o fim de 1998.** A tabela abaixo resume essas três hipóteses:

Tabela 3 - Faixas etárias aplicáveis aos planos de saúde

	Res. CONSU nº 06/98	Res. RN nº 63.03
Deve ser observada por contratos celebrados	entre 1º/01/1999 e 31/12/2003	a partir de 1º/01/2004
Faixas etárias	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 58 59 ou mais
Percentuais de reajuste a cada faixa etária	definido no contrato	
Razão entre a última e a primeira faixa etária	o valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 vezes o valor da primeira faixa etária	
Outras regras	não poderá haver variação na contraprestação pecuniária para usuário com mais de 60 anos de idade, que participe do 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

5. Variação do preço do plano de saúde em função da idade do consumidor e o subsídio entre as faixas etárias

No primeiro tópico, afirmou-se que para viabilizar a existência de um mercado segurador que seja efetivo na proteção dos segurados contra os riscos cobertos **é essencial que sejam sempre preservadas as condições de solvência das seguradoras**. Somente uma seguradora solvente é que protegerá os segurados contra os riscos que eles contrataram nos seguros.

Como também dito, para que o mercado possa se estruturar de forma adequada à garantia dos interesses dos segurados **é necessário que os prêmios cobrados dos consumidores guardem relação com os riscos que tais consumidores geram ao grupo segurado**. No caso dos planos de saúde, vimos que um dos principais fatores que diferencia os consumidores em grupos de risco distintos é a **idade**. Portanto, os valores das mensalidades em cada faixa etária devem guardar relação direta com os respectivos custos daquela faixa etária para que o plano tenha viabilidade econômica e atuarial.

A rigor, seria necessário que a receita de mensalidade ou prêmio de cada faixa etária fosse suficiente para arcar com todas as despesas de assistência à saúde da respectiva faixa etária. Ter-se-ia, assim, uma situação objetivamente justa para todos os envolvidos: cada qual pagaria prêmios diretamente compatíveis com o risco gerado. Isso é, a princípio, o que acontece atualmente no mercado de seguros de automóveis no Brasil.

No entanto, a saúde é considerada um bem meritório e de grande relevância social. Diversos são os motivos que podem ser levantados para defender a imposição de limites para a variação dos preços por faixa etária: o aumento exponencial dos riscos (e custos) de saúde nos últimos anos de vida; a diminuição da renda disponível do idoso; a compaixão pelos idosos e doentes, etc.

O fato é que a legislação brasileira impõe limites à diferenciação dos valores por faixa etária, conforme mostrado anteriormente: a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode pagar mais que 6 vezes o valor pago pela primeira faixa (0 a 18 anos). Isso faz com que nas últimas faixas o



valor arrecadado não seja suficiente para arcar com todas as despesas que essas faixas ocasionam ao plano. Como a operadora necessita estar em constante equilíbrio, o valor não arrecadado em uma (ou algumas) faixa(s) é obtido cobrando um valor proporcionalmente maior nas demais faixas etárias.

A limitação prevista na regulamentação brasileira cria um mecanismo de subsídio de algumas faixas etárias a outras: as faixas de menor risco (no caso, os jovens) pagam mensalidades proporcionalmente mais elevadas que as faixas de maior risco (no caso, os idosos). E mesmo dentre os idosos, os “jovens idosos” (60 a 74 anos) subsidiam os “mais idosos” (a partir de 75 anos), pois todos pagam o mesmo valor (*community rating* puro), só que os “mais idosos” geram custos bastantes mais elevados.

De acordo com Tennyson (2007) a regulação de preços em seguro é baseada no objetivo de ampliar o acesso de cobertura de seguros e assegurar prêmios razoáveis para todos os segurados. No entanto, a argumentação contra a regulação de preços em seguros não é contra estes objetivos, mas sim contra as dificuldades inerentes para se atingir estes objetivos via o controle de preços.

Tennyson (2007) aponta para os efeitos indesejáveis de impor o mesmo valor de prêmio para todos os segurados independentemente dos seus respectivos níveis de risco. Por exemplo, no caso da imposição de *community rating* as pessoas de baixo risco passam a ser obrigadas a subsidiar as pessoas de alto risco. Além disso, de uma forma geral, esse autor aponta que **este tipo de regulação de preço reduz a oferta de seguro e a competição nos mercados de seguros, ao mesmo tempo em que distorce o comportamento do consumidor.** O resultado é a tendência de se atrair consumidores de maior risco para o mercado de seguros, o que provoca aumento no custo do seguro ao longo do tempo. Esse efeito é o que se denomina “seleção adversa”, conforme abordado a seguir.



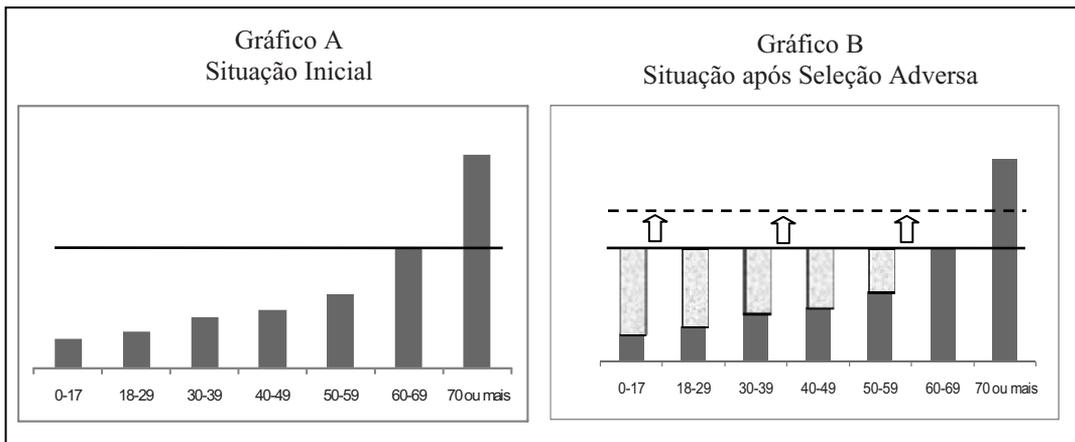
6. Seleção Adversa

Caso as mensalidades para cada faixa etária não tenham uma estreita relação com os seus respectivos custos assistenciais esperados, haverá um desequilíbrio de incentivos financeiros entre os beneficiários, o que provocará o efeito de seleção adversa, ou anti-seleção.

Os gráficos abaixo ilustram este efeito: no gráfico A as colunas representam valores de mensalidades para cada uma das faixas etárias. Apenas a título de exemplo, estas mensalidades são proporcionais aos custos médios mostrados no gráfico 4, referentes aos beneficiários da UNIDAS (UNIDAS, 2008).

Suponha agora que a mensalidade não seja definida por faixa etária, mas calculada com base no custo médio de todos os beneficiários, independentemente da idade - o que se denomina *community rating* puro: modelo de tarifação de planos de saúde em que todos os beneficiários de um plano pagam o mesmo valor de mensalidade independentemente de seus fatores de risco (JONES *et. al*, 1993). Este valor único de mensalidade é representado pela linha contínua, que, apenas a título de exemplo, é hipoteticamente igual à mensalidade da faixa etária de 60 a 69 anos, quando tarifada individualmente.

Gráfico 7 - Efeito da seleção adversa em planos de saúde - Comparação situação inicial e situação após seleção adversa



Pode-se ver que os beneficiários com idade inferior a 60 anos pagariam mensalidades bem acima de seus respectivos custos médios esperados, de forma que apenas indivíduos mais propensos a precisar de tratamentos de saúde tenderiam a contratar tais planos. A parte hachurada das colunas do gráfico B representa o aumento de custo médio da mensalidade do plano de saúde nessas faixas etárias.

Na situação de mensalidade única para todas as faixas etárias, nas faixas etárias até 59 anos haveria a permanência apenas de beneficiários cujos custos esperados com saúde fossem próximos à mensalidade estabelecida. Espera-se que boa parcela dos consumidores jovens, cujos custos esperados são inferiores ao valor das mensalidades, optem por, em tais circunstâncias, não contratar o plano e arcar, individualmente, com os riscos. **Este processo é o que se denomina seleção adversa.**

Adicionalmente, a seleção adversa gera mais um efeito perverso: **o aumento do valor de mensalidade necessário para sustentar o novo custo médio total**, representado pela linha tracejada do gráfico B. Como o perfil de risco do grupo segurado muda, já que os jovens e saudáveis não mais participam do mútuo, o custo total *per capita* aumenta, levando à necessidade de aumento do valor das mensalidades cobradas de todos os usuários e o início de um novo ciclo de saída do plano dos beneficiários de menor risco. **No extremo, esse mecanismo pode levar à extinção do mercado.**

O Estatuto do Idoso agravou ainda mais o problema da seleção adversa. Até sua edição, a legislação impunha *community rating* puro para pessoas com idades acima de 70 anos. Com o Estatuto, a partir dos 59 anos existe a tarifação única, o que aumenta ainda mais a seleção adversa e encarece o custo médio do plano de saúde.

Jones *et al.* (1993) abordam a aplicação do *community rating* puro e mostram que a sua imposição regulatória pode causar mais malefícios do que resolver problemas de custo e acesso das pessoas aos planos privados de saúde.

Isso é confirmado por dados empíricos. Por exemplo, de acordo com Meier (2007), no início dos anos 90, oito Estados americanos —Kentucky, Maine, Massachusetts, New Hampshire, New Jersey, New York, Vermont e Washington— adotaram leis aplicando *community rating* em planos de saúde individuais e para pequenos grupos. O principal objetivo desta medida era aumentar o acesso aos planos de saúde para os indivíduos de mais baixa renda.

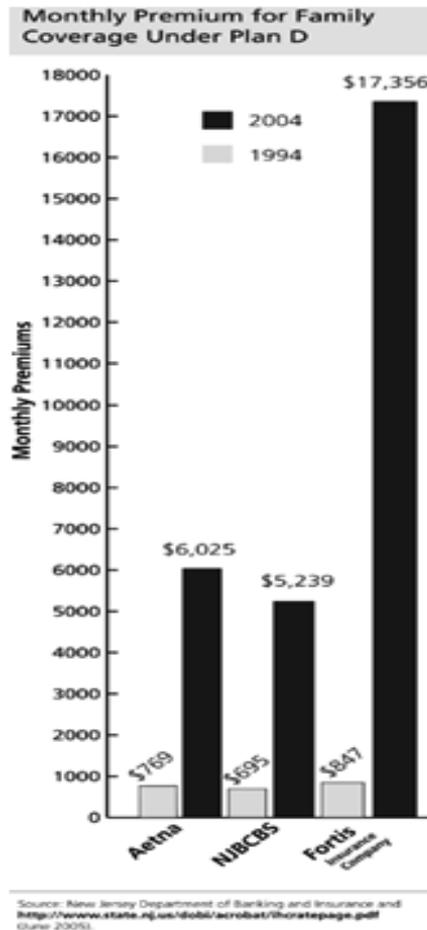
No entanto, o resultado das medidas foi o oposto. Meier (2007) mostra que, desde a aplicação dessas leis nos respectivos Estados, houve aumento no valor dos prêmios e também a diminuição da oferta de contratos de seguros de saúde individuais por parte das seguradoras e planos de saúde nesses Estados.

Apresentam-se a seguir os efeitos da imposição de *community rating* no Estado de New Jersey, com base nos trabalhos de Meier (2007). O gráfico abaixo mostra como variaram, de 1994 para 2004, os preços de um mesmo tipo de plano de saúde familiar (“Plan D”) para três principais operadoras no Estado de New Jersey. Os dados mostram que o plano oferecido pela operadora Aetna aumentou de US\$769,00 em 1994 para US\$ 6.025,00 em 2004 (683,48% de aumento); o plano oferecido pela operadora NJBCBS¹³ aumentou de US\$ 695,00 para US\$ 5.239,00 no mesmo período (653,81% de aumento); e, por último, para a operadora Fortis, a mensalidade desse mesmo tipo de plano passou de US\$ 847,00 para US\$ 17.356,00 nesse período (1.949,11% de aumento). Em New Jersey, em 2005, o plano de saúde familiar deste tipo (“Plan D”) mais barato era oferecido pela operadora Oxford, por US\$ 3.912,00 mensais.

¹³ New Jersey Blue Cross Blue Shield.



Gráfico 8 - Prêmio mensal para plano de saúde com cobertura familiar (Plan D) - Estado de New Jersey, EUA- 1994 - 2004



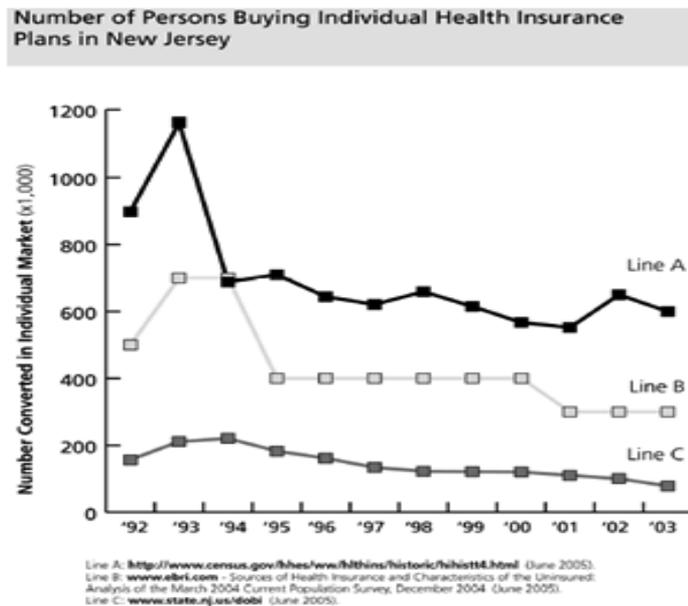
Fonte: Meier, 2007.

Conforme o levantamento de Meier (2007), a diminuição do número de beneficiários assistidos por planos de saúde foi o segundo efeito adverso da aplicação de *community rating* a partir de 1992 no Estado de New Jersey. Esse autor aponta para o fato de que, dependendo da fonte de dados, houve uma redução em torno de 40% a 50% no número de



segurados de seguros saúde individuais em New Jersey desde a aplicação de *community rating*. Este declínio é ilustrado pelo gráfico a seguir¹⁴.

Gráfico 9 - Número de consumidores com plano de saúde individual no Estado de New Jersey - EUA - 1992 a 2003



Fonte: Meier, 2007. As fontes de dados das três linhas mostradas no gráfico estão na nota de rodapé anterior.

¹⁴ Meier (2007) mostra que: segundo os dados do *U.S. Census Bureau*, o número de pessoas com seguro de saúde individual em New Jersey diminuiu de 998.000 em 1994 para 623.000 em 2003, uma diminuição de 37,57%; segundo os dados do *Employee Benefits Research Institute*, que exclui pessoas com 65 anos ou mais, o número de pessoas com cobertura de seguro saúde individual caiu de aprox. 500.000 em 1992 para aprox. 300.000 em 2003, uma diminuição de 40%; e as estimativas do *New Jersey Individual Health Coverage Program* apontam para um decréscimo no número de apólices de seguro saúde individual de 156.565 em 1993 para 78.298 em 2003, uma diminuição de 50%. Esses são os dados empregados no gráfico 9 acima (respectivamente linhas A, B e C).



Por essas razões é que **planos de saúde** - e outros tipos de seguro - **em que os prêmios são estabelecidos em valor uniforme para todos os segurados, independentemente dos fatores de risco associados a cada pessoa, tendem a ser compulsórios**. Obrigando todos a comprar o seguro se consegue contornar o problema da seleção adversa.

*Um ponto importante de sistemas em que o apreçamento pelo risco individual inexistente, ou é controlado, é o financiamento do sistema. Em um sistema como o irlandês, onde todos pagam o mesmo prêmio, este deve ser suficiente para cobrir o custo total do sistema (assumindo que não há subsídio externo ao setor). Nesse caso, ocorre um subsídio cruzado entre grupos de risco, com pessoas de baixo risco financiando as de alto risco. Em geral, **a aquisição do seguro é obrigatória em sistemas com essa característica.** (...) **Por isso, esquemas que visam à equidade total são, geralmente, compulsórios.** (CECHIN, 2008, p. 39-40. Grifamos)*

Em alguns casos, a compulsoriedade de contratação decorre de norma imposta pelo Estado (como no exemplo mencionado no texto acima transcrito), em outros casos é implementada mediante a contratação de seguros coletivos via empregador, onde todos os funcionários da empresa e seus dependentes são obrigatoriamente segurados (como aponta o texto abaixo).

*O sistema de pagamento de tarifa única, community rating, onde, por exemplo, indivíduos de uma mesma região geográfica pagam o mesmo prêmio de risco, **só é possível se a compra de plano de seguro for mandatária, ou em outro caso, se o seguro for administrado por um empregador e este seja indiretamente forçado um subsídio cruzado entre os diversos grupos de indivíduos da empresa, caso contrário, o equilíbrio da economia pode ser instável ou mesmo não existir, dependendo da fração de cada grupo na sociedade.** (Rotschild e Stiglitz, 1976) (ANDRADE, 2004, p. 258. Grifamos).*



7. Nota Técnica de Registro de Produto

Como mencionado anteriormente, o art. 15 da Lei nº 9.656/98 permite que as contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos dos planos privados de assistência à saúde variem de acordo com a idade do beneficiário.

Neste sentido, **a fim de promover a correta tarifação por faixa etária dos planos e seguros de saúde, no ano 2000 a ANS instituiu a Nota Técnica de Registro de Produtos - NTRP¹⁵.**

A NTRP é a justificativa da formação inicial dos preços dos planos e produtos de assistência suplementar à saúde e **é exigida para o registro na ANS de todos os produtos individuais e/ou familiares e também de produtos coletivos**, com exceção dos planos exclusivamente odontológicos e dos planos coletivos com vínculo empregatício financiados total ou parcialmente pela pessoa jurídica empregadora.

Conforme mostrado a seguir, a NTRP inclui tabelas de cálculo nas quais são colocados, passo a passo, todos os elementos utilizados para cálculo das mensalidades e prêmios por faixa etária.

Desta forma, **as variações de preço por faixa etária possuem uma fundamentação técnico-atuarial e são contempladas na NTRP que fundamenta o valor da mensalidade ou do prêmio do plano de saúde.**

Para assegurar a consistência dos cálculos, a NTRP deve ser atestada por um atuário com registro no Instituto Brasileiro de Atuária – IBA que responde pela Nota Técnica em conjunto com o representante legal da operadora.

A seguir é feita uma breve explanação da forma de cálculo de mensalidades e prêmios por faixa etária dentro da estrutura da NTRP.

¹⁵ Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 28/2000.



Primeiramente, os custos do fornecimento da assistência à saúde são classificados em 15 itens de Despesa Assistencial, conforme segue:

Tabela 4 - Itens de Despesa Assistencial considerados na Nota Técnica de Registro de Produto

1) Diárias	8) Terapias
2) Diárias UTI	9) Hospital Dia
3) Taxas Hospitalares	10) Medicamentos
4) Consultas Médicas	11) Gases Medicinais
5) Outros Honorários Médicos e de Outros Profissionais da Saúde	12) Materiais Hospitalares
6) Exames Complementares de Alto Custo	13) atendimentos Ambulatoriais
7) Exames Complementares de Baixo Custo	14) Transportes e Remoções
	15) Outras Despesas Assistenciais

Para cada um desses quinze itens de Despesa Assistencial de um determinado plano de saúde deve ser elaborada uma tabela como a abaixo, em que é calculada a “Despesa Assistencial por Exposto”¹⁶ para cada uma das faixas etárias (coluna “J”).

¹⁶ “Exposto” é o beneficiário que tem o direito a usufruir da assistência à saúde do item de despesa assistencial em questão.



Tabela 5 - Dados Estatísticos da Nota Técnica de Registro de Produto

Dados do Plano				Item de Despesa Assistencial: (por exemplo, Consultas Médicas)					
Nome do Plano	Nº de Registro	Faixas Etárias		Nº de Expostos	Nº de Eventos	Freq. de Utilização	Total de Despesa Assistencial	Valor Médio Item de Despesa Assistencial	Despesa Assistencial por Exposto
		Ida-de Inicial	Ida-de final						
A	B	C	D	E	F	$G=F/E$	H	$I=H/F$	$J=G \times I = H/E$
Plano A	001	0	18						
Plano A	001	19	23						
Plano A	001	24	28						
Plano A	001	29	33						
Plano A	001	34	38						
Plano A	001	39	43						
Plano A	001	44	48						
Plano A	001	49	53						
Plano A	001	54	58						
Plano A	001	59	ou mais						

Desta forma, na primeira fase de elaboração da NTRP são elaboradas quinze tabelas como a acima, uma para cada item de Despesa Assistencial. Em cada uma há o custo relacionado à prestação daquele determinado item de despesa para cada faixa etária (coluna H “Total de Despesa Assistencial”) que, dividido pelo número de expostos, resulta no custo médio por faixa etária daquele item de despesa (coluna J “Despesa Assistencial por Exposto”).

Em seguida os valores da coluna J (“Despesa Assistencial por Exposto”, conforme a faixa etária) das quinze tabelas são somados, de forma a obter-se uma nova coluna com valores de Despesas Assistenciais por Exposto por faixa etária, porém agora com base no total dos itens de Despesa Assistencial.



Por fim, para se chegar ao Valor Comercial da Mensalidade, os seguintes valores são incorporados a cada uma das faixas etárias:

Tabela 6 - Ajustes no cálculo do valor comercial de mensalidade de planos de saúde para elaboração da NTRP

1) Recuperação de Coparticipação	6) Outras Despesas da Carteira de Planos por Beneficiário
2) Recuperação de Seguro	7) Despesas Administrativas por Beneficiários
3) Recuperação de Seguro e Cosseguro	8) Prestação de Outros Serviços por Beneficiários
4) Margem de Segurança Estatística por Exposto	9) Valor da Margem de Lucro por Beneficiário
5) Despesas de Comercialização por Beneficiário	10) Ajuste

O item “Ajuste” (nº 10 na tabela acima) refere-se aos ajustes necessários para se atender a exigência de que o valor comercial da mensalidade da faixa etária a partir de 59 anos não seja superior a seis vezes àquele da faixa etária que vai de zero a dezoito anos, e que a variação acumulada entre a 7ª e a 10ª faixas não seja superior à variação acumulada entre a 1ª e a 7ª faixas.

Portanto, para os contratos individuais, familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais financiados integralmente pelo usuário, a regulamentação da ANS prevê a necessidade de apresentação de cálculos atuariais e financeiros, bastante detalhados, demonstrando os custos com a prestação dos serviços de assistência em cada faixa etária e os valores comerciais a ser praticados, ficando claros os percentuais de variação do preço a cada faixa etária e a razão de sua existência. Além de estar previstos no contrato celebrado com o consumidor, os percentuais de variação a cada faixa etária são oriundos de estudo técnico, com base na experiência pregressa da operadora e em parâmetros atuariais e financeiros empregados internacionalmente.

A variação do preço do plano de saúde em função da idade do beneficiário tem fundamentos teóricos (mencionados nos tópicos 1 a 3), é permitida pela legislação brasileira (tópico 4), busca a correta organização dos mercados de seguros e a garantia de sua existência (tópicos 5 e 6) e é quantificada em estudo técnico-atuarial apresentado ao órgão regulador (tópico 7).

8. Conclusão

De forma geral, os defensores da regulação de preços em planos e seguros de saúde se respaldam no objetivo de atingir uma situação ideal em que haja oferta de coberturas de saúde para todos, a preços razoáveis e assegurando-se condições mínimas de solvência das operadoras e seguradoras de saúde suplementar.

No entanto, questionar a forma com que se implementa a regulação de preços em planos e seguros de saúde não significa ser contrário a esses objetivos, mas sim ter ciência que eles não serão alcançados por meio da imposição de limites extremos de preços pela regulação.

A razão para isto, conforme exposto, são **as consequências adversas da fixação de valores de prêmios de seguro saúde em níveis inadequados ao risco coberto**. Por exemplo, no caso de *community rating* puro, quando se impõe que todos beneficiários paguem o mesmo valor de prêmio independentemente da idade, provoca-se uma **situação de subsídio cruzado entre os beneficiários de baixo risco e os beneficiários de alto risco**. É o que ocorre atualmente no Brasil para os consumidores na faixa de 59 anos de idade em diante. Para as demais faixas etárias, o sistema de regulação vigente no Brasil é uma variação de *community rating*, em que só é permitida a diferenciação em razão da idade do consumidor, mas vedado o emprego de outros fatores, adicionada à limitação do valor cobrado das faixas de maior risco (6 vezes o valor da primeira faixa). Essas limitações geram **subsídios cruzados dentre e entre todas as faixas etárias** - os mais jovens subsidiam os mais idosos.

Nos casos em que a aquisição do seguro ou plano de saúde é voluntária, beneficiários de baixo risco de saúde terão menores incentivos para contratar as coberturas de saúde suplementar, fazendo com que apenas pessoas de maior risco permaneçam no plano. Além disso, de forma a agravar o problema, pessoas de maior risco de saúde tenderão ainda mais a contratar estas coberturas, já que o subsídio cruzado as beneficia.

Desta forma, as consequências da imposição de *community rating* (seja em sua forma pura ou modificada) em planos e seguros de saúde são **o aumento do valor das mensalidades, a diminuição do número total de beneficiários e a diminuição da oferta de planos pelas seguradoras e demais operadoras de planos de saúde.**

A formação de preços mais justa e que maximiza o bem-estar social global dos beneficiários de seguros e planos de saúde é aquela que possibilita que cada um dos beneficiários pague sua mensalidade de acordo com o risco de saúde que ele representa. Na existência de diversos indicadores de risco (idade, gênero, localidade, ocupação, hábitos de vida etc.), **a adoção, pela legislação brasileira, da idade como diferencial na precificação dos planos de saúde é razoável e permite que haja uma certa consistência entre risco e prêmio.**

Neste sentido, ao se calcular atuarialmente, por faixa etária, as mensalidades dos seguros e planos de saúde tem-se uma formação de preço mais justa e equitativa a todos os beneficiários.

A sustentabilidade econômico-financeira de longo prazo do mercado de planos de saúde como um todo depende da adequada relação entre os riscos e os prêmios cobrados. No entanto, essa sustentabilidade só será possível se, ao longo dos anos, for respeitada a formação de preço por faixa etária, originada a partir da análise atuarial formalizada em Nota Técnica.

Referências

- ANDRADE, Mônica Viegas. Financiamento do Setor de Saúde Suplementar no Brasil: uma investigação empírica a partir da PNAD/98. *In Documentos Técnicos de Apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*. Série B: Textos Básicos de Saúde, Regulação & Saúde, v. 3, t. 1. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.
- ARROW, Kenneth J. *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. The American Economic Review, vol. 53, issue 5, Dezembro de 1963, p. 941-963.
- BRASIL. IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. *Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050*. Revisão 2004. Disponível em <www.ibge.gov.br> . Acesso em 02.jul.2009.
- BROWN, Robert L. *Introduction to ratemaking and loss reserving for property and casualty insurance*. Winsted, CT, EUA: ACTEX Publications, 1993.
- CAMARANO, Ana Amélia. *Envelhecimento da População Brasileira: Uma Contribuição Demográfica*. Texto para discussão nº 858. Rio de Janeiro: IPEA, janeiro de 2002.
- CECHIN, José (org.). *A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação*. São Paulo: Saraiva: Letras & Lucros, 2008.
- _____; DUTRA, Bruno Badia; MARTINS, Carina Burri. *Pacto intergeracional, seleção adversa e financiamento dos planos de saúde*. Saúde em Debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES. Rio de Janeiro: julho de 2009.
- CUTLER, David M.; MEARA, Ellen. *The Concentration of Medical Spending: An Update*. NBER Working Paper 7279. Cambridge, MA: NBER, agosto de 1999. Disponível em <http://www.nber.org/papers/w7279>. Acesso em 02.jul.2009



- JONES, W. R.; DOE, C.T.; TOPODAS, J.M. *Pure Community Rating: A Quick Fix to Avoid*. Journal of American Health Policy, Jan/Fev 1993, 3 (1), pp. 29-33.
- MEIER, Conrad F. *Destroying Insurance Markets: How Guaranteed Issue and Community Rating Destroyed the Individual Health Insurance Market in Eight States*. The Council for Affordable Health Insurance (CAHI) and The Heartland Institute. 2005
- NUNES, André. O Envelhecimento Populacional e as Despesas do Sistema Único de Saúde. *Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?* CAMARANO, Ana Amélia (org.). Cap. 13. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
- PAULY, Mark V. *The Welfare Economics of Community Rating*. The Journal of Risk and Insurance, vol. 37, nº 3, setembro de 1970. P 407-418.
- PELLIKAAN, Frank; WESTERHOUT, Ed. *The Influence of Living Longer in Better Health on Health Care and Pension Expenditures and Government Finances in the EU*. ENEPRI Research Report nº 8, Junho de 2005
- SAAD, Paulo Murad. *O Envelhecimento Populacional e Seus Reflexos na Área de Saúde*. Anais do VII Encontro de Estudos Populacionais. V.3 Caxambu:1990, p.353-370.
- TENNYSON, Sharon. *Efficiency Consequences of Rate Regulation in Insurance Markets*. Networks Financial Institute Policy Brief (2007-PB-03). UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. *Pesquisa Nacional 2007*. São Paulo: UNIDAS, nov.2008. Disponível em <<http://www.unidas.org.br>> Acesso em 02.jul.2009.
- VERAS, Renato. *Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):705-715, mai - jun, 2003.



PARECER ATUARIAL

IMPACTO DO DESCUMPRIMENTO DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS E NÃO APLICAÇÃO DE REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA



Preparado por:

Andréa Cardoso, MIBA 999

Paulo Hirai

Revisado por:

Jonathan L. Shreve, FSA, MAAA

Mary van der Heijde, FSA, MAAA

06 de Agosto de 2009

PARECER ATUARIAL

IMPACTO DO DESCUMPRIMENTO DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS E NÃO APLICAÇÃO DE REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

Apresentação

Dentre as regras definidas pela Lei n.º 9.656/98 para os Planos Privados de Assistência à Saúde, são permitidas as variações das contraprestações pecuniárias em razão da idade do consumidor, desde que previstas nos contratos firmados dos produtos as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, sendo vedada esta variação para consumidores com mais de sessenta anos de idade que participarem dos produtos ou sucessores há mais de dez anos e conforme as diretrizes da Resolução Consu n.º 06/98 para operacionalização desta regra.

Portanto, com base em suas premissas de definição, tecnicamente é apropriado que o Plano seja precificado por faixas etárias, devendo ser consideradas no cálculo atuarial as necessárias variações das contraprestações em virtude da alteração do risco associado à faixa etária.

Em contrapartida, todavia, temos a questão do cunho social atribuído à assistência à saúde, ainda que prestada por entidades privadas, frente às limitações do setor público, desvirtuando o conceito puro de seguro.

Nesse contexto ressaltamos o Estatuto do Idoso de 2003 e, de forma a dar respaldo legal ao mesmo dentro do setor de saúde, a publicação pela ANS da Resolução Normativa n.º. 63/2003 que proibiu reajustes por mudanças de faixas etárias para pessoas a partir de 60 anos de idade.

Quanto aos reajustes por faixa etária, os contratos podem ser agrupados em três categorias:

1. Contratos Firmados antes da Lei nº 9.656/98 e não adaptados (aplicam-se as cláusulas de reajuste pactuadas em contrato entre a operadora de plano de saúde e o beneficiário);
2. Contratos Firmados sob a vigência da Lei nº 9.656/98 e até a vigência do Estatuto do Idoso (7 faixas etárias estabelecidas e último reajuste por faixa etária aplicado aos 70 anos); e
3. Contratos firmados sob a vigência do Estatuto do Idoso (10 faixas etárias estabelecidas e último reajuste por faixa etária aplicado aos 59 anos)

Com a publicação da RN nº. 63/2003, toda uma adequação técnica no mercado foi devida, de forma a contemplar esta nova exigência.

Contudo, embora o reajuste por mudança de faixa etária seja tecnicamente necessário e previsto em Lei, freqüentemente observam-se decisões judiciais favoráveis a suspensão do mesmo, em favor de beneficiários, mesmo que o contrato com a Operadora/Seguradora o preveja e tenha sido assinado antes da vigência do novo regramento.

A repetição de sentenças de mesmo teor para casos semelhantes consolida jurisprudência sobre o tema, alterando o entendimento e a aplicação das regras pactuadas, alterando os parâmetros que haviam sido considerados para composição das contraprestações pecuniárias acordadas, trazendo como consequência o desequilíbrio atuarial do plano e prejuízo às Operadoras/Seguradoras.

Desta forma, o IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar fundado por iniciativa de um grupo de operadoras de planos de saúde, objetivando o aprofundamento sobre este relevante tema, buscou parecer técnico sobre a questão e sobre os impactos econômico-financeiros resultantes da mesma.

De acordo com o foco do escopo dos trabalhos contratados, ao longo deste parecer a Milliman focou os planos de saúde contratados antes de 2004, e evidenciou os impactos econômico-financeiros e atuariais de



eventuais quebras de cláusulas contratuais e não aplicação do reajuste por mudança de faixa etária, com simulações e análise de sensibilidade, além de apresentar um comparativo internacional de regulação de reajuste por mudança de faixa etária.

Os planos anteriores a Lei 9656 e os contratados entre 1999 e 2004 têm como diferença fundamental o mutualismo entre pessoas de uma mesma faixa etária, para o primeiro caso, e o mutualismo com toda a massa (ainda que parcial) para o segundo caso. Para efeitos de simulação, ambos os casos foram tratados de forma similar tendo em vista que em termos técnicos a diferença poderia ser limitada à constituição de uma provisão para capturar os excedentes nos anos iniciais para uso nos anos futuros quando a massa venha a envelhecer.

Estas análises foram elaboradas pela Milliman com base em métodos e critérios atuariais aceitos internacionalmente e em premissas razoáveis que serão detalhadas em item específico e sobre uma população média representativa de planos de saúde (com mix de idades próximo de planos reais do mercado) obtidas de seu banco de dados (um bureau de informações de várias Operadoras de Planos de Saúde ativas no mercado).

O relatório tem o objetivo de traçar os impactos econômico-financeiros e atuariais, nas operadoras e seguradoras de planos de saúde, de eventuais quebras de cláusulas contratuais e não aplicação do reajuste por faixa etária e prover informações do panorama internacional de regulação de reajuste por mudança de faixa etária.

Este estudo foi elaborado para esclarecer questões pertinentes, única e exclusivamente, ao descumprimento de cláusulas contratuais de reajuste por mudança de faixa etária para uma carteira de planos de saúde que teve estes reajustes estabelecidos atuarialmente de forma a prover o seu equilíbrio econômico financeiro e atuarial. Demais questões críticas deste setor que afetam o equilíbrio econômico financeiro e atuarial destes negócios não fazem parte do estudo e não estão impactando os resultados.



O trabalho está dividido em oito seções. A primeira seção apresenta o resumo executivo com uma síntese das conclusões do estudo. Na segunda estão apresentados os resultados das análises e as conclusões. A seção três apresenta as considerações sobre as limitações do estudo, sobre as estimativas e sobre os dados nos quais o estudo foi baseado. Na quarta seção é apresentada a metodologia utilizada para as análises e estudos efetuados. Na seção cinco, as premissas utilizadas estão identificadas bem como as razões de sua utilização. A seção seis mostra os cenários de restrição de reajustes utilizados no estudo. Na seção sete estão apresentados os estudos de sensibilidade para as principais variáveis utilizadas no estudo. A seção oito mostra o comparativo com outros países

São Paulo, 06 de Agosto de 2009

Andréa Cardoso
MILLIMAN
Coordenadora Técnica Atuarial
MIBA n.º 999

ÍNDICE

1.	SUMÁRIO EXECUTIVO	7
2.	RESULTADO	8
3.	QUALIFICAÇÕES.....	11
3.1	LIMITAÇÕES	11
3.2	INCRTEZA DAS ESTIMATIVAS.....	12
3.3	CONFIABILIDADE DOS DADOS	13
4.	METODOLOGIA.....	14
5.	PREMISSAS CONSIDERADAS.....	14
5.1	PROJEÇÃO DE BENEFICIÁRIOS	15
5.2	PROJEÇÃO DE EVENTOS	17
5.3	PROJEÇÃO DE CONTRAPRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS.....	19
5.4	DEMAIS PREMISSAS	20
6.	CENÁRIOS DE REAJUSTE DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA.....	21
6.1	CENÁRIO 1	22
6.2	CENÁRIO 2	23
6.3	CENÁRIO 3	24
7.	SENSIBILIDADES	25
7.1.	SENSIBILIDADE DA SINISTRALIDADE ESPERADA	26
7.2.	SENSIBILIDADE DA TAXA DE CANCELAMENTO.....	27
8.	COMPARATIVO INTERNACIONAL DE REGULAÇÃO DE REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA.....	30

1. SUMÁRIO EXECUTIVO

Decisões judiciais impedindo ou limitando aumentos previstos em contrato e estabelecidos em função do aumento do risco por faixa etária têm forte impacto financeiro nas operadoras de saúde e podem levá-las a uma completa insolvência.

Para ilustrar tal fato, simulações efetuadas com um plano de referência, equilibrado atuarialmente¹ e em um cenário base com aumentos dos prêmios/contraprestações de acordo com o risco por idade, mostram a manutenção da sinistralidade² ao longo dos anos e um resultado financeiro estável.

Em um cenário de total proibição de aumentos, o mesmo plano passa a apresentar prejuízos³ no ano seguinte e as perdas exaurem⁴ todo o capital em seis anos.

No cenário de proibição de aumentos para pessoas a partir dos 60 anos de idade, o plano passa a apresentar prejuízo no terceiro ano e exaure todo o capital em oito anos.

No cenário de limitação de reajustes a um máximo de 30%, o plano passa a apresentar prejuízo no quarto ano e exaure todo o capital em doze anos.

Nos três cenários de retenção dos aumentos previstos, o plano de saúde passa rapidamente a apresentar prejuízo e se torna insolvente⁵ com a

¹ Equilibrado atuarialmente significa que as contraprestações acompanham o custo assistencial provendo uma margem para outros itens de despesa.

² Sinistralidade: relação entre despesa assistencial e contraprestação (prêmio)

³ Prejuízo: resultado negativo da operadora abatendo-se da contraprestação a despesa assistencial e demais despesas

⁴ Para facilitar a visualização do impacto, partiu-se de uma empresa capitalizada conforme a regulamentação atual (sem os 10 anos de ajuste gradual) evidenciando o número de anos necessários para que os prejuízos consumam totalmente o capital. A rigor, a ANS interviria logo que o capital fique aquém dos requerimentos mínimos exigidos.

sinistralidade evoluindo de um nível aceitável de 75% para 105%, 94% e 87% respectivamente.

Por melhores que sejam as intenções no sentido de proteger o indivíduo, a restrição imposta aos aumentos dos prêmios/contraprestações previstos em contrato leva à insolvência da operadora de saúde o que acaba por trazer um grande malefício à sociedade e aos clientes.

2. RESULTADO

Para apreciar o impacto de decisão judicial impedindo ou limitando aumentos previstos em contrato, os quais foram estabelecidos em função do aumento do risco por faixa etária, foi definido um plano representativo do mercado equilibrado financeiramente, com sinistralidade de 75%. Esse plano parte de um nível de capital em linha com a Resolução Normativa da ANS nº 160/2007, plenamente constituído (valor maior entre 20% sobre contraprestações anuais ou 33% dos sinistros anuais). Sobre tal plano representativo, foram feitas projeções de receitas de contraprestações e despesas assistenciais com várias alternativas de reajuste de preços.

Detalhes das características do plano de referência estão descritos no item 6 do presente relatório.

O cenário base considera reajuste de preços seguindo o aumento do risco por aumento da idade, conforme disposto em contrato, tendo em consequência um equilíbrio atuarial do plano onde a sinistralidade permanece constante ao longo dos 20 anos de projeção. Este cenário básico é utilizado para aferir os demais cenários de restrições de aumentos.

O cenário 1 prevê que, a contar de 2009, nenhum reajuste por mudança de faixa etária poderá ser aplicado, mesmo que previsto em contrato.

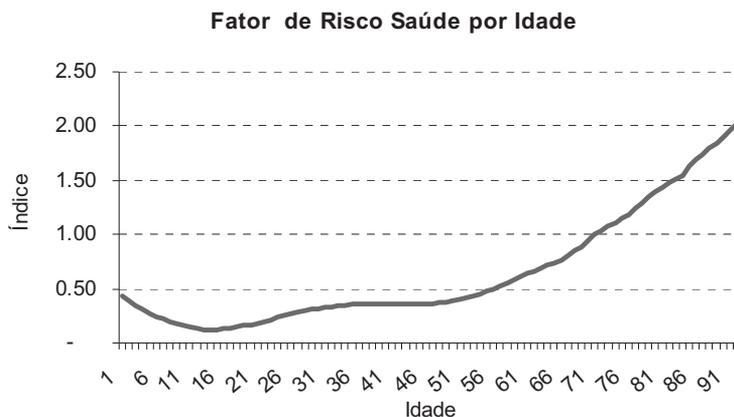
⁵ O termo insolvente foi utilizado para caracterizar a completa exaustão do capital pelos prejuízos acumulados.

O cenário 2 assume que, a contar de 2009, nenhum reajuste por mudança de faixa etária poderá ser aplicado para pessoas de 60 anos ou mais, mesmo previsto em contrato.

O cenário 3 assume que, a contar de 2009, nenhum reajuste por mudança de faixa etária em percentual superior a 30% poderá ser aplicado, mesmo previsto em contrato.

O estudo realizado considera a taxa de mortalidade efetiva atual do mercado e taxas de cancelamento representativas da experiência de mercado do IESS.

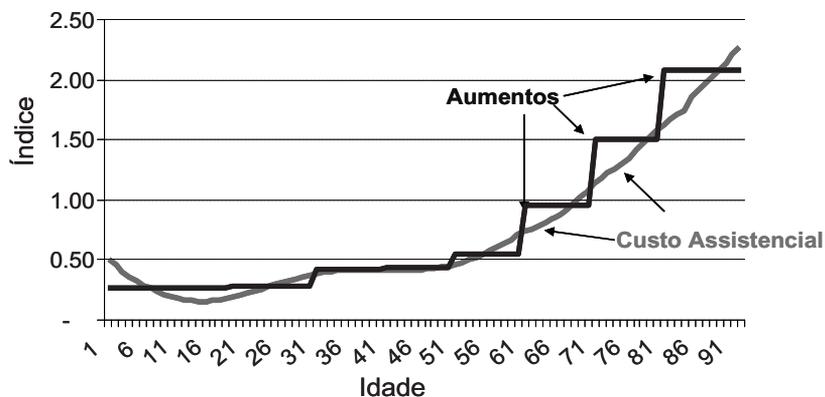
A evolução do fator idade reflete a experiência brasileira do custo assistencial por idade, conforme o quadro abaixo. Pode-se observar a contínua evolução dos custos assistenciais com a idade, mesmo até a idade de 91 anos.



Fonte: Experiência Brasileira com base no Banco de Dados da Milliman no Brasil

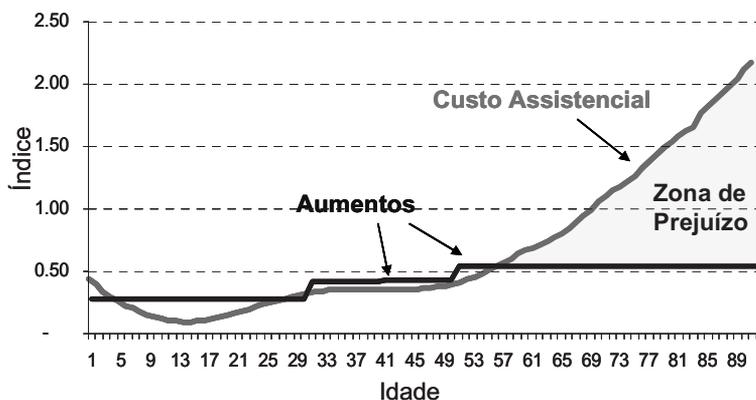
Nos planos em que há liberdade de aumento de preços, estes aumentos em geral seguem a curva de custo, conforme mostrado no quadro abaixo:

Fator de Risco Saúde por Faixa Etária Planos Regulamentados e Não Regulamentados



Em situação de restrição a aumentos artificialmente imposta, o quadro abaixo mostra o efeito gerado.

Impacto da Restrição de Aumento



O quadro abaixo resume o impacto das restrições do aumento de preços, em termos da sinistralidade média resultante, do número de anos para que o plano passe a apresentar prejuízo e do número de anos até o plano exaurir todo o capital.

	Cenário Base	Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3
% Déficit / Contraprestação Pecuniária	0%	30%	19%	12%
Sinistralidade Projetada Média	75%	105%	94%	87%
Prejuízo a partir do	Não há	Segundo Ano	Terceiro Ano	Quarto Ano
Tempo para ruína	Não há	6 anos	8 anos	12 anos

* Sinistralidade Esperada em todos os Cenários de 75%

** Primeiro Ano é 2010

Como se pode depreender do quadro acima, nos três cenários de restrição dos aumentos previstos, essa restrição leva o plano de saúde à insolvência com a sinistralidade evoluindo de um nível aceitável de 75% para 105%, 94% e 87% respectivamente. Tal desequilíbrio provoca prejuízo a partir do segundo, terceiro e quarto anos para cada um dos três cenários, respectivamente.

Além disso, os prejuízos gerados consomem todo o capital em 6, 8 e 12 anos respectivamente.

3. QUALIFICAÇÕES

3.1 Limitações

A Milliman preparou o presente relatório para uso do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS e seus patrocinadores, como suporte na defesa em ações/decisões judiciais que impedem ou limitam aumentos de prêmios/contraprestações previstos em contrato.

Além das partes acima explicitadas, nenhuma parte do relatório deve ser fornecida a qualquer outra parte sem a prévia consulta à Milliman e autorização por escrito. Tal autorização não será restrita de forma não



razoável. No evento de fornecimento de tal autorização, este relatório deve ser distribuído no seu todo.

A Milliman não tem a intenção de beneficiar qualquer terceira parte receptora do produto de seu trabalho, mesmo que a Milliman concorde com a liberação do produto de seu trabalho para tal parte.

Desta forma, a utilização do presente relatório está na verificação de resultados de alguns cenários de descumprimento de cláusulas contratuais de reajuste por mudança de faixa etária – Cenário 1: a contar de 2009 nenhum reajuste por mudança de faixa etária poderá ser aplicado, mesmo previsto em contrato; Cenário 2: a contar de 2009 nenhum reajuste por mudança de faixa etária poderá ser aplicado para pessoas de 60 anos ou mais, mesmo previsto em contrato; e Cenário 3: a contar de 2009 nenhum reajuste por mudança de faixa etária em percentual superior a 30% poderá ser aplicado, mesmo previsto em contrato – e não é aplicável a outras questões, incluindo necessidades de revisão técnica de prêmios ou apuração de reservas técnicas necessárias. Para estas e outras questões, informações personalizadas de uma empresa seriam necessárias a fim de elaborar uma adequada avaliação.

Para que o Parecer Atuarial seja compreendido na íntegra o leitor deverá ter um nível significativo de conhecimento atuarial para avaliar as suposições subjacentes e o impacto das mesmas nos resultados projetados. Áreas de conhecimento relevantes a esta análise incluem, mas não estão restritas a, o mercado brasileiro de planos e seguros de saúde. O relatório deve ser lido em sua totalidade para seu melhor entendimento.

3.2 Incerteza das Estimativas

Fundamentamos as estimativas e os resultados finais dos impactos apurados de eventuais quebras de cláusulas contratuais e não aplicação do reajuste por faixa etária em procedimentos atuariais, geralmente aceitos, em nosso conhecimento do mercado brasileiro e em julgamentos



razoáveis. Os valores foram calculados com arredondamento em reais, de forma a ajudar o leitor a acompanhar os cálculos. Devido à incerteza associada às projeções de eventos / contraprestações pecuniárias / beneficiários, os resultados reais podem variar em relação às projeções.

Os cálculos, contidos neste relatório, representam os resultados de simulações que executamos baseados nas informações recebidas do IESS e no banco de dados analítico-estatístico da Milliman.

Nossos resultados refletem as premissas relativas aos desenvolvimentos de eventos / contraprestações pecuniárias / beneficiários, tendências, despesas e outros itens.

Ao revisar estes resultados e análises é importante reconhecer a incerteza e a variabilidade dos cálculos destas projeções.

Nossa estimativa de eventos não faz provisão para futuras emergências extraordinárias de novas classes de eventos ou tipos de eventos não suficientemente representados no histórico do banco de dados ou que ainda não sejam quantificáveis.

Acreditamos que os resultados reais possam diferir, em qualquer direção, dos resultados projetados nesta análise, no entanto, os resultados aqui apresentados refletem nosso melhor julgamento profissional baseado nas informações disponíveis.

3.3 Confiabilidade dos Dados

Ao efetuar as análises, nos baseamos nas informações recebidas do IESS e no banco de dados analítico-estatístico da Milliman, este um bureau de informações de várias Operadoras do mercado.

Nossa checagem dos dados não contempla itens de uma auditoria completa, sendo os dados apresentados pelo IESS e/ou pelas suas patrocinadoras de suas respectivas responsabilidades.

4. METODOLOGIA

O critério metodológico para apuração do percentual de déficit baseado na receita baseia-se na diferença entre o montante final projetado de eventos e o montante final projetado de contraprestações pecuniárias, considerando as opções de reajuste por mudança de faixas etária.

As projeções de beneficiários, eventos e contraprestações pecuniárias desenvolvem-se conforme premissas previamente consideradas e que serão apresentadas a seguir.

Com base nas projeções de beneficiários, eventos e contraprestação pecuniárias demonstraremos:

- que as contraprestações pecuniárias devem cobrir os custos previstos para que o negócio tenha viabilidade econômica;
- que os custos assistenciais previstos variam de acordo com a idade; e
- que a impossibilidade de aplicar os reajustes especificados nos contratos compromete o balanço econômico-financeiro dos planos e do segurador/operador.

5. PREMISSAS CONSIDERADAS

Relacionamos neste item todas as premissas utilizadas para composição das projeções de beneficiários, eventos e contraprestações pecuniárias que serviram de base para apuração dos percentuais de receita comprometidos pela não aplicação do reajuste por mudanças de faixas etárias ou sua aplicação em desacordo com o previsto em contrato.

Esclarecemos que as definições das premissas utilizadas nos cálculos são de relevância para os resultados apurados. Desta forma, uma alteração nas premissas consideradas poderá impactar o resultado. Na seção 7 é feita uma análise das sensibilidades à variação das principais premissas.

5.1 Projeção de Beneficiários

Na projeção de Beneficiários foram utilizadas as seguintes premissas:

- **Carteira de Planos de Saúde comercializados até 31/12/2003:** composição de 77% de beneficiários de contratos firmados até 31/12/1998 e 23% de contratos firmados de 01/01/1999 a 31/12/2003, conforme experiência do IESS – sendo esta diferenciação necessária devida à diferenciação da regulamentação do setor de saúde entre estes dois períodos.
- **Distribuição Etária da Carteira:** utilizamos a distribuição de beneficiários por faixa etária a seguir, conforme a experiência das empresas associadas ao IESS, conforme solicitação deste instituto.

Faixa Etária	Percentual de Beneficiários por Faixa Etária
0 a 17 anos	14%
18 a 29 anos	12%
30 a 39 anos	12%
40 a 49 anos	16%
50 a 59 anos	17%
60 a 69 anos	16%
70 a 79 anos	9%
80 a 89 anos	3%
De 90 anos em diante	1%
Todas	100%

- **Consideramos que o bloco de negócio é fechado, em *run off*** – porque tratamos uma carteira de planos de saúde não mais comercializável, considerado assim que não existem novas entradas.
- **Tábua de Mortalidade** – Foi utilizada uma tábua de mortalidade compatível com a experiência brasileira. (AT83 suavizada e com *improvement* de 10 anos e ramificada por sexo)

Uma importante questão no negócio de saúde é a definição da tábua de mortalidade adequada a ser utilizada na projeção da população.

A primeira questão a ser considerada no uso de tábuas de mortalidade norte-americanas é a similaridade de sua população comparativamente à brasileira. Para tal a Milliman efetuou ajustes para refletir a realidade do mercado brasileiro (utilizando 92% da tábua AT 83 usada no mercado - já com suavização de 10% em relação à AT 83 original - tanto para homens quanto para mulheres).

A segunda questão é definir a tábua adequada para uma projeção futura da carteira. Assim, a tábua atuarial foi sintonizada para refletir a mortalidade de dez anos a frente da data atual⁶.

- **Taxa de Cancelamento** – utilizamos a taxa de cancelamento a seguir, conforme a experiência das empresas associadas ao IESS, conforme solicitação deste instituto.

Faixa Etária	Taxa de Cancelamento de Beneficiários da Carteira Saúde por Faixa Etária (*)
0 a 17 anos	12%
18 a 29 anos	13%
30 a 39 anos	12%
40 a 49 anos	9%
50 a 59 anos	7%
60 a 69 anos	6%
70 a 79 anos	4%
80 a 89 anos	3%
De 90 anos em diante	4%
Todas	8,67%

*Não inclui motivo por cancelamento por morte

⁶ Nos últimos 50 anos, tem havido um aumento contínuo da sobrevivência a uma taxa de aproximadamente 1% ao ano (expectativa de vida aos 65 anos). Assim, para projeções de médio e longo prazos, a utilização de uma tábua fixa que reflete a realidade de hoje implica que a mesma não será mais adequada no próximo ano e muito menos para projetar o vigésimo ano. Procuramos utilizar uma tábua média para o período de projeção. Os dez anos foram utilizados ao invés do tempo médio ponderado pelo tamanho da carteira (cerca de 13 anos) por conservadorismo. Para tal, a Milliman efetuou um improvement de 10% na tábua correspondente a 92% da tábua AT 83 já suavizada em 10%. Entendemos que essa tábua com improvement melhor representa a mortalidade média a ser aplicada ao longo do período de 20 anos de projeção da carteira.

- A projeção de beneficiários será mantida para todos os cenários que serão apresentados, uma vez que a análise objeto deste estudo refere-se ao impacto da não aplicação de reajustes por mudança de faixas etárias, que são aplicáveis apenas às contraprestações pecuniárias.

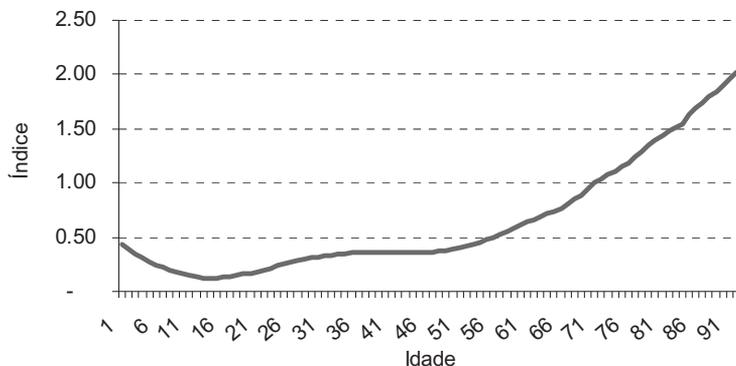
5.2 Projeção de Eventos

Na projeção de Eventos, além de serem utilizadas as mesmas premissas de carteira em *run off*, tábua de mortalidade e taxa de cancelamento da projeção de beneficiários apresentadas no subitem anterior, ainda foram utilizadas a seguintes premissas:

- **Tendência Médica** – 5% ao ano acima da Inflação.
- **Fatores de Risco Saúde por Idade** – Foi considerada a experiência da Milliman para desenvolver tais fatores, que representam as diferenças relativas entre os eventos previstos para uma idade comparados com a média geral do bloco de negócios.

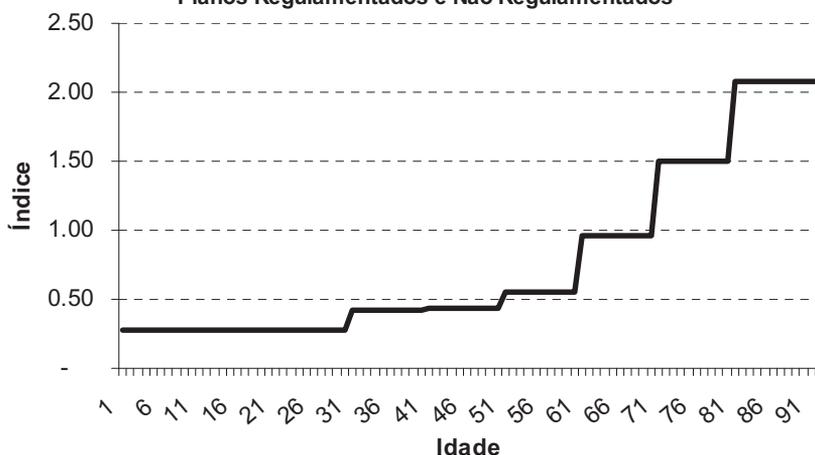
Tal percentual é aplicado à projeção de eventos após a adoção da tendência médica. Esta forma de aplicação se baseia em fatores multiplicativos mais do que em fatores aditivos – sendo este procedimento mais apropriado, ao combinar o impacto de vários fatores, porque explica o efeito combinado das características.

Fator de Risco Saúde por Idade



Neste estudo, com base nos fatores de risco saúde por idade, consideramos os mutualismos intra-geracional, ao consolidarmos o fator de risco por faixa etária, e inter-geracional, este apenas para o grupo de beneficiários de contratos firmados de 01/01/1999 a 31/12/2003, ao restringirmos o fator de risco da última faixa etária no máximo de seis vezes o fator de risco da primeira faixa.

**Fator de Risco Saúde por Faixa Etária
Planos Regulamentados e Não Regulamentados**



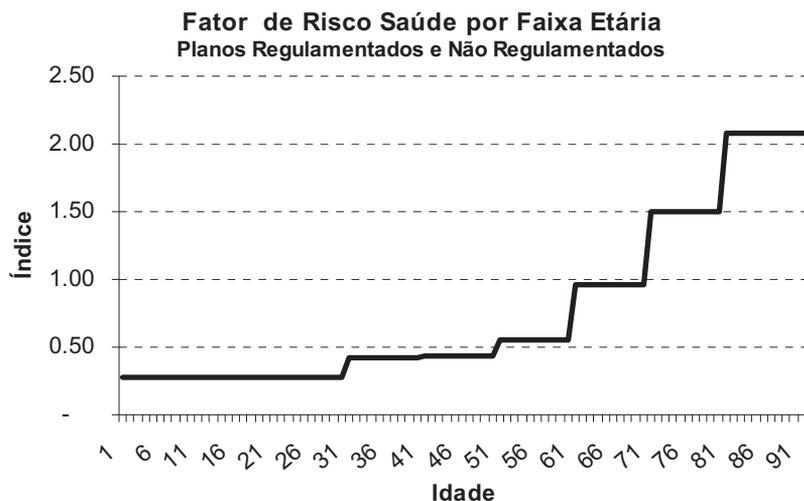
- A projeção de eventos será mantida para todos os cenários que serão apresentados, uma vez que a análise objeto deste estudo refere-se ao impacto da não aplicação de reajustes por mudança de faixas etárias, que são aplicáveis apenas às contraprestações pecuniárias.

5.3 Projeção de Contraprestações Pecuniárias

Na projeção de contraprestações pecuniárias, além de serem utilizadas as mesmas premissas de carteira em *run off*, tábua de mortalidade e taxa de cancelamento da projeção de beneficiários apresentadas no subitem Projeção de Beneficiários, ainda foram utilizadas a seguintes premissas:

- **Contraprestação Pecuniária** – estabelecemos no estudo a premissa de contraprestação pecuniária atuarialmente calculada conforme Nota Técnica Atuarial e que, em conjunto com os respectivos percentuais de reajuste desta contraprestação pecuniária por mudança de faixa etária, é suficiente para cobertura de assistência à saúde do beneficiário, prevendo assim o equilíbrio econômico-financeiro e atuarial.
Esta modelagem tem como premissa que as contraprestações pecuniárias seguem estritamente a evolução dos custos.
Na prática, algumas vezes as empresas não estabelecem contraprestações pecuniárias e reajustes por mudança de faixa etária de acordo com sua real expectativa. Sendo assim, na medida em que uma empresa tem tarifação inadequada, os resultados poderão ser afetados. Por vezes ainda, se a empresa tem tarifado inadequadamente seus produtos, porém com uma curva por idade acentuada, então seus resultados estarão melhores do que suas estimativas.
- **Reajuste Financeiro Anual** – 5% ao ano acima da Inflação – Percentual compatível com a tendência médica. Desta forma os resultados apurados serão impactados apenas pelo reajuste por mudança de faixa etária.

- **Reajuste por mudança de Faixa Etária** – estabelecidos nos contratos dos beneficiários de adesão ao plano e que estão baseados na Nota Técnica Atuarial de cálculo da contraprestação pecuniária – tal percentual é aplicado à projeção de contraprestações pecuniárias após a adoção do reajuste financeiro.



- Apresentaremos diferentes cenários de projeção de contraprestações pecuniárias, objetivando a análise do impacto da não aplicação de reajustes por mudança de faixas etárias ou sua aplicação em desacordo com o previsto em contrato e Nota Técnica Atuarial.

5.4 Demais Premissas

- Ano base de cálculo: **2008**
- Primeiro Ano Projetado: **2009**
- Período de Projeção: **20 anos**
- Sinistralidade Esperada, que representa a porção da contraprestação pecuniária usada para custeio das despesas assistenciais: utilizamos o percentual de **75%** para sinistralidade esperada e **25%** para despesas administrativas, comissionamento

e lucro, baseada na experiência das empresas associadas ao IESS conforme solicitação deste instituto.

6. CENÁRIOS DE REAJUSTE DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

Para projeção de algumas situações de reajuste de preços por faixa etária, primeiramente definimos o cenário base, cuja premissa básica é a tarifação da contraprestação pecuniária e percentuais de reajuste por mudança de faixa etária adequados e conforme previsão da Nota Técnica Atuarial – NTA e no contrato firmado com os beneficiários no momento de sua adesão de forma que o equilíbrio econômico, financeiro e atuarial do bloco de negócios seja observado sendo estes percentuais de reajuste aplicados de acordo com o previsto.

Para avaliar o impacto da não aplicação do reajuste por mudança de faixa etária estabelecemos três cenários com diferentes formas de restrição ao reajuste de preços por mudança de faixa etária. Como consequência, o plano apresenta como resultado um déficit reconhecido devido às projeções de contraprestações pecuniárias e de eventos estarem descasadas, uma vez que as contraprestações pecuniárias não aumentam de acordo com os percentuais de reajuste por faixa etária previstos na NTA e estabelecidos em contrato no momento de adesão ao plano de saúde, enquanto os eventos seguem os fatores de risco saúde por faixa etária.

Para aferir o impacto das restrições de aumento dos prêmios/contraprestações, foram feitas projeções com vários cenários e analisado o impacto nos resultados, na evolução da sinistralidade e na deterioração do capital da empresa:

6.1 Cenário 1

Neste cenário, além das premissas apresentadas no item 6.3, consideramos a projeção da contraprestação pecuniária, a contar do ano de 2009, com o descumprimento da cláusula contratual com a não aplicação do percentual de reajuste por mudança de faixa etária previsto.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
% Déficit / Contraprestação Pecuniária	2%	5%	7%	10%	13%	16%	19%	23%	27%	31%
Sinistralidade Projetada	77%	80%	82%	85%	88%	91%	94%	98%	102%	106%

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
% Déficit / Contraprestação Pecuniária	35%	39%	43%	47%	51%	56%	61%	67%	73%	79%
Sinistralidade Projetada	110%	114%	118%	122%	126%	131%	136%	142%	148%	154%

A premissa de Sinistralidade esperada para equilíbrio econômico-financeiro e atuarial é de 75%, conforme descrito no item de premissas.

Com base na sinistralidade projetada ano a ano, verificamos que em 2017 as despesas assistenciais consomem a totalidade das contraprestações pecuniárias e ainda a superam, gerando déficit assistencial de 2% adicionado ao também déficit integral das despesas não assistenciais devida à total incapacidade prover essas duas parcelas do custo total.

Avaliando o cenário nos 20 anos projetados, temos:

	Média em 20 anos
% Déficit / Contraprestação Pecuniária	30%
Sinistralidade Projetada	105%

A empresa, assumindo anualmente estes déficits, o seu Capital Mínimo, atualmente requerido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS no maior valor entre 20% do total das contraprestações pecuniárias e de 33% do total de despesas assistenciais, será integralmente consumido ao final de 2015.

6.2 Cenário 2

Este cenário é motivado pelo Estatuto do Idoso e, além das premissas apresentadas no item 6.3, considera a projeção da contraprestação pecuniária, a contar do ano de 2009, com o descumprimento da cláusula contratual com a não aplicação do percentual de reajuste por mudança de faixa etária previsto para os beneficiários de 60 anos de idade ou mais. Tal cenário avalia o impacto financeiro nas operadoras de decisões judiciais que consideram abusivo o aumento nesta faixa etária e o restringe.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
% Déficit / Contraprestação o Pecuniária	1%	3%	5%	6%	8%	10%	12%	15%	17%	19%
Sinistralidade Projetada	76%	78%	80%	81%	83%	85%	87%	90%	92%	94%

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
% Déficit / Contraprestação Pecuniária	22%	24%	26%	29%	31%	34%	37%	40%	43%	46%
Sinistralidade Projetada	97%	99%	101%	104%	106%	109%	112%	115%	118%	121%

De forma similar ao comentário do cenário anterior, temos em 2021 o descasamento do total das despesas assistenciais e do total das contraprestações pecuniárias.

Os índices deste cenário nos 20 anos projetados apresentam os seguintes percentuais:

	Média em 20 anos
% Déficit / Contraprestação Pecuniária	19%
Sinistralidade Projetada	94%

Assumindo a empresa anualmente estes déficits, o seu Capital Mínimo requerido pela ANS será integralmente consumido ao final de 2017.

6.3 Cenário 3

Neste cenário, além das premissas apresentadas no item 6.3, consideramos na projeção da contraprestação pecuniária, a contar do ano de 2009, o descumprimento da cláusula contratual, com a aplicação de percentual máximo de reajuste por mudança de faixa etária de 30%, independente do percentual previsto em contrato. A análise das decisões judiciais mostra que em alguns casos este tipo de decisão é tomada por alguns juizes, sem nenhuma consideração sobre o impacto financeiro nas operadoras de saúde. O cenário 3 é utilizado para mostrar o impacto igualmente negativo de tais decisões.

Estabelecemos este percentual máximo de 30% com base em nossa sensibilidade em relação às decisões judiciais de revisão aleatória do percentual previsto em contrato e considerado abusivo.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
% Déficit / Contraprestação Pecuniária	1%	2%	3%	4%	5%	7%	8%	9%	10%	12%
Sinistralidade Projetada	76%	77%	78%	79%	80%	82%	83%	84%	85%	87%

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
% Déficit / Contraprestação Pecuniária	13%	14%	16%	17%	19%	20%	22%	23%	25%	27%
Sinistralidade Projetada	88%	89%	91%	92%	94%	95%	97%	98%	100%	102%

Neste cenário 3 temos a situação em 2027 do total de despesas assistenciais ultrapassando o total de contraprestação pecuniária, da mesma forma que nos cenários anteriores.

O déficit nos 20 anos de projeção

	Média em 20 anos
% Déficit / Contraprestação Pecuniária	12%
Sinistralidade Projetada	87%

Assumindo-se anualmente estes déficits, a empresa terá em 2021 100% do seu Capital Mínimo requerido pela ANS consumido.

7. SENSIBILIDADES

Para o estudo de sensibilidade, foram selecionadas como variáveis chaves do modelo, a sinistralidade esperada, percentual da receita de contraprestações que será consumida pelas despesas assistenciais, e a taxa de cancelamento, exceto por morte.

Avaliamos a sensibilidade do resultado da Sinistralidade Projetada média nos 20 anos, com a variação de 3% a mais e a menos destas variáveis chaves.

7.1. Sensibilidade da Sinistralidade Esperada

Esclarecemos que a variação da sinistralidade esperada apresentada a seguir é oriunda da variação da contraprestação pecuniária que será utilizada, em percentual da sinistralidade esperada, para o custeio das despesas assistenciais.

Exemplificando tal variação, temos uma sinistralidade esperada de 75% corresponde a uma despesa assistencial de R\$ 75,00 que será custeada por uma contraprestação pecuniária de R\$ 100,00. Caso haja restrição ao aumento da contraprestação por faixa etária, a sinistralidade pode evoluir para 80%, significando que uma despesa assistencial de R\$ 75,00 será agora custeada por uma menor contraprestação pecuniária de R\$ 93,75 (R\$75 dividido por 80%). Perda de arrecadação essa devida à restrição do aumento da contraprestação.

Este exemplo busca demonstrar que, quanto maior o valor da contraprestação pecuniária, menor a sinistralidade esperada e quanto menor este valor maior será a sinistralidade esperada.

Alteração da Sinistralidade Projetada Média como resultado de alteração na premissa

Cenário	Premissa	Original	Sinistralidade Projetada média 20 anos	Alterada	Sinistralidade Projetada média 20 anos	% Impacto
1	Sinistralidade Esperada	75,0%	105%	72,0%	101%	-4,21%
	Sinistralidade Esperada	75,0%	105%	78,0%	110%	4,21%

Alteração da Sinistralidade Projetada Média como resultado de alteração na premissa

Cenário	Premissa	Original	Sinistralidade Projetada média 20 anos	Alterada	Sinistralidade Projetada média 20 anos	% Impacto
2	Sinistralidade Esperada	75,00%	94%	72,00%	91%	-3,78%
	Sinistralidade Esperada	75,00%	94%	78,00%	98%	3,78%

Alteração da Sinistralidade Projetada Média como resultado de alteração na premissa

Cenário	Premissa	Original	Sinistralidade Projetada média 20 anos	Alterada	Sinistralidade Projetada média 20 anos	% Impacto
3	Sinistralidade Esperada	75,00%	87%	72,00%	84%	-3,49%
	Sinistralidade Esperada	75,00%	87%	78,00%	91%	3,49%

Os quadros acima apresentam o impacto na Sinistralidade Projetada média nos 20 anos, apurada conforme modelo, de acordo com a variação da Sinistralidade Esperada.

Observamos assim que a variação desta Sinistralidade Projetada é direta em relação à variação da Sinistralidade Esperada, ou seja, com a redução da Sinistralidade Esperada também observamos a redução da Sinistralidade Projetada média nos 20 anos e vice e versa.

7.2. Sensibilidade da Taxa de Cancelamento

A variação da taxa de cancelamento foi objeto de avaliação específico neste estudo por duas razões.

A primeira razão dá-se porque a taxa de permanência de cada pessoa no plano, no momento que temos a restrição do reajuste de preço, trará maior déficit para o negócio.

Uma segunda questão a ser avaliada é a expectativa de variação da taxa de cancelamento conforme cenários de restrição do reajuste de preço, uma vez que, intuitivamente entendemos que, quanto mais restrito for o reajuste de preço menor será a taxa de cancelamento.

A seguir temos os quadros do impacto na Sinistralidade Projetada média nos 20 anos com a variação da taxa de cancelamento.

Alteração da Sinistralidade Projetada Média como resultado de alteração na premissa

Cenário	Premissa	Original	Sinistralidade Projetada média nos 20 anos	Alterada	Sinistralidade Projetada média nos 20 anos	% Impacto
1	Tx Média de Cancelados	8,67%	105%	5,67%	107%	2,05%
	Tx Média de Cancelados	8,67%	105%	11,67%	103%	-2,09%

Alteração da Sinistralidade Projetada Média como resultado de alteração na premissa

Cenário	Premissa	Original	Sinistralidade Projetada média nos 20 anos	Alterada	Sinistralidade Projetada média nos 20 anos	% Impacto
2	Tx Média de Cancelados	8,67%	94%	5,67%	96%	1,10%
	Tx Média de Cancelados	8,67%	94%	11,67%	93%	-1,29%

Alteração da Sinistralidade Projetada Média como resultado de alteração na premissa

Cenário	Premissa	Original	Sinistralidade Projetada média nos 20 anos	Alterada	Sinistralidade Projetada média nos 20 anos	% Impacto
3	Tx Média de Cancelados	8,67%	87%	5,67%	88%	0,65%
	Tx Média de Cancelados	8,67%	87%	11,67%	86%	-0,71%



De forma contrária a variação da sinistralidade esperada, para a taxa de cancelamento a relação com a Sinistralidade Projetada média nos 20 anos é inversa, sendo tanto menor a taxa de cancelamento quanto maior for a sinistralidade projetada. De forma análoga, quanto maior a taxa de cancelamento menor a sinistralidade projetada.

Em relação à possibilidade de termos a taxa de cancelamento que varie entre os cenários, esclarecemos que a premissa utilizada tem base a avaliação de cancelamento num cenário real e atual que não tem o reajuste de preço oficialmente restrito. Sendo assim, o nível de cancelamento está compatível com a insatisfação/incapacidade dos beneficiários no pagamento da contraprestação pecuniária após reajuste por variação por mudança de faixa etária.

Sendo assim, entendemos que para o cenário 1, teríamos uma menor taxa de cancelamento, por ser este o cenário de maior restrição ao aumento de preços – é razoável esperar que as pessoas tenham uma maior permanência pela maior dificuldade de migrar para outros planos que serão comparativamente mais caros.

Para o cenário 2 a taxa de cancelamento reduzida em relação à taxa atual se daria apenas para faixa etária de 60 anos ou mais, uma vez que as demais faixas etárias permaneceriam tendo a variação de suas contraprestações conforme faixa etária.

O cenário requer a conjugação da taxa de cancelamento com o real percentual de reajuste por mudança de faixa etária previsto em contrato. Para faixas etárias em que este percentual é menor ou igual a 30% (hipótese de restrição de reajuste de preço deste cenário) temos a taxa de cancelamento correspondente à taxa atual. Para as faixas etárias que apresentam percentual superior a 30% é esperada taxa de cancelamento menor que a taxa atual, porém superior à taxa esperada para o cenário 1, no qual o beneficiário é totalmente beneficiado pela restrição total de reajuste.

Com base nos comentários acima, temos também que a variação da taxa de cancelamento entre os cenários, que se daria sempre para redução da

taxa em relação a taxa atual de cancelamento, impactaria na elevação da Sinistralidade Projetada, por terem relação inversa.

8. COMPARATIVO INTERNACIONAL DE REGULAÇÃO DE REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

Este item inclui um resumo dos regulamentos de alguns países, no que diz respeito à possibilidade ou limitação de cobrar contraprestações pecuniárias (no texto abaixo denominadas como taxas) diferenciadas com base na idade e sexo.

É importante ressaltar que o modelo de saúde suplementar privada como o modelo brasileiro existe em alguns países e em outros prevalece o modelo de pagador único, embora com permissão de convivência com um setor de saúde suplementar, tornando dessa forma mais complexa a comparação com o modelo brasileiro.

Nos Estados Unidos, onde prevalece um modelo de saúde privado similar ao do Brasil, existem dois níveis de regulamentação: a regulamentação Federal (que se aplica a todos os planos/seguros de saúde) e a regulamentação específica de cada Estado (que apenas se aplica aos negócios realizados no respectivo Estado).

Em nível Federal, as taxas são permitidas sem restrição de serem reajustadas por idade e sexo. As taxas são desenvolvidas com a intenção de que o valor cobrado para cada idade e sexo represente o real custo para a respectiva idade e sexo, sem requisitos de subvenções cruzadas.

Em nível estadual, alguns Estados têm restrições para o mercado de planos/seguros saúde individual, com limitações do quanto a taxa de beneficiário da idade mais elevada pode variar em comparação com a taxa de beneficiário da idade mais jovem, por exemplo, a taxa da idade mais elevada só pode ser seis vezes superior à taxa da idade mais jovem – estas regras variam para cada um dos 50 Estados nos Estados Unidos – e alguns Estados que a regulamentação passou a não permitir taxas por

idade e sexo. Não há interferência do judiciário nos contratos celebrados entre as operadoras e os indivíduos.

No Reino Unido, o mercado privado de planos/seguros de saúde é suplementar ao setor público de saúde. Por ser um mercado privado suplementar, não há restrições quanto à classificação por idade e sexo. No entanto, a regulamentação de discriminação por sexo da União Européia (UE) exige que as operadoras/seguradoras que desejam variar suas taxas em função do sexo devam publicar dados atuariais históricos (sejam estes do mercado ou de seus próprios bancos de dados), que demonstrem claramente que existe uma diferença na experiência de eventos entre homens e mulheres, para justificar as diferenças nas taxas por idade e sexo.

Na Irlanda, o modelo é de pagador único com cobertura universal de saúde. O mercado privado de saúde abrange a mesma cobertura hospitalar do setor público, bem como complementa e suplementa os serviços de saúde do setor público.

Na Irlanda, ao mercado de planos/seguros privados de saúde é obrigatório o mutualismo, desta forma nenhuma variação é permitida, por idade ou sexo.

Atualmente existem debates no Supremo Tribunal e outros órgãos reguladores do mercado na Irlanda em relação à obrigatoriedade deste mutualismo.

Na Alemanha, no setor público, não há nenhuma variação por idade ou sexo, porque as taxas são baseadas apenas em renda bruta mensal (a capacidade de pagamento). As crianças e os cônjuges não economicamente ativos possuem a cobertura pelo setor público sem pagar nenhuma contraprestação pecuniária.

Para o mercado privado de planos/seguros de saúde da Alemanha, que é um substituto para o setor público ou suplementar, os reguladores publicam regulamentação para o cálculo das taxas. O regulamento diz que todas as taxas devem variar em função de sexo e idade se o histórico estatístico verificar uma diferença significativa no custo por idade e sexo. Os reguladores publicam anualmente tabelas com taxas per capita de toda a variedade de produtos privados de saúde. As taxas de



planos/seguros privados de saúde estão divididas em: criança (0-15), jovens (16-18 ou 16-20) e, em seguida, por idade e sexo para idades de 21 a 100.

Houve reformas significativas no mercado na Holanda nos últimos anos. Na Holanda, os cidadãos são obrigados a ter plano/seguro de saúde, mas podem escolher qual a empresa privada contratar. Todos devem contratar umas das operadoras/seguradoras, que são todas obrigadas a oferecer um pacote básico semelhante.

Existe um sistema de inscrições abertas (ou seja, as operadoras/seguradoras têm de aceitar todos os candidatos). Não há subscrição de risco ou seleção para o pacote básico.

Os cidadãos têm a opção de comprar cobertura suplementar de suas operadoras/seguradoras para cobrir atendimento fora do escopo do pacote básico.

Apenas para taxas de planos/seguros suplementares são permitidas variações em função da idade. Diferenciação de taxas por sexo raramente é vista nos planos/seguros suplementares. O Governo provê esquemas de diluição de risco para o ajuste das tarifas pagas a determinadas seguradoras, entendendo a necessidade de prover maiores recursos em função dos maiores riscos (gerados, por exemplo, pela maior média etária).

Não existem restrições sobre a opção de uma operadora/seguradora variar suas taxas por idade e sexo, tanto para contratos pessoa física quanto para pessoa jurídica no México.

No entanto, os reguladores deste mercado exigem documentação que demonstre a diferença de custo por idade e sexo, justificando assim as diferenças de taxas por idade e sexo.

De uma maneira geral não há informação de influência do judiciário nas relações contratuais dos planos de saúde face ao entendimento da necessidade de ajuste dos prêmios/contraprestações em função dos maiores riscos decorrentes do envelhecimento. Nos países onde é adotada uma política de equalização das tarifas ou subsídios aos planos de idosos, é também estabelecido um “risk pool” pelo Estado para tais subsídios.