



GUIA DA SAÚDE SUPLEMENTAR

IESS

INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR



APRESENTAÇÃO

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) apresenta a segunda edição do Guia da Saúde Suplementar. Esta publicação reúne informações sobre o funcionamento da saúde suplementar no Brasil e no mundo, bem como indicadores desse setor. Além dessas informações, o Guia esclarece o funcionamento desse complexo setor, com direitos e responsabilidades dos beneficiários e as principais especificidades regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O Guia da Saúde Suplementar é fruto de pesquisas nacionais e internacionais relacionadas aos sistemas de saúde e de fonte de dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), Datasus, Tabnet/ANS, IBGE, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e das Resoluções Normativas (RNs) da ANS.

Atualmente, pouco mais de um quarto da população brasileira possui plano de saúde médico-hospitalar. Esse setor arrecadou, em 2012, mais de R\$ 92 bilhões e 85% (R\$ 78,8 bi) destes se destinam diretamente ao atendimento dos beneficiários desses planos. Segundo pesquisa realizada em 2013 pelo Instituto Datafolha, ter plano de saúde é um dos principais itens de desejo entre os brasileiros que não o possuem e, quem possui, não quer mudar de operadora ou deixar de ter.

Dessa forma, dada a importância cada vez maior da saúde suplementar, este Guia busca trazer de forma objetiva e simplificada as principais informações e conceitos do setor, tanto para o público leigo quanto para aqueles que já o conhecem.

Boa leitura!

Luiz Augusto Carneiro
Superintendente-executivo

SOBRE O IESS

ATUAÇÃO

A sustentação do IESS depende de sua credibilidade, ética e integridade. Esses são valores fundamentais que pautam nossas ações. A partir deles, com espírito de cidadania e excelência técnica, o IESS focaliza sua atuação na defesa de aspectos conceituais e técnicos que servem de embasamento teórico e técnico para a implementação de políticas e para a introdução de melhores práticas. Assim, o IESS ajuda a preparar o Brasil para enfrentar os desafios do financiamento à saúde, mas também aproveitar as imensas oportunidades e avanços no setor em benefício de todos que colaboram com a promoção da saúde e de todos cidadãos.

VISÃO

Tornar-se referência nacional em estudos da saúde suplementar pela excelência técnica, pela independência, pela produção de estatísticas, propostas de políticas, pela promoção de debates que levem à sustentabilidade das operadoras e à contínua qualidade do atendimento aos beneficiários.

MISSÃO

Ser agente promotor da sustentabilidade da saúde suplementar pela produção de conhecimento do setor e melhoria da informação sobre a qual se tomam decisões.

VALORES

Integridade, qualidade, excelência, rigor científico, cidadania e ética.

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

© 2013 by Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Direitos reservados. Permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte e com prévia autorização do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Rua Joaquim Floriano, 1052 cj 42
CEP 04534-004 São Paulo – SP
Tel.: (011) 3706-9747 | Fax: (011) 3706-9746
contato@iess.org.br | www.iess.org.br

EQUIPE TÉCNICA

Francine Leite | Amanda Reis | Greice Mansini

SUPERINTENDENTE-EXECUTIVO

Luiz Augusto Carneiro

PRODUÇÃO:



ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO

Letra Certa Estratégia e Tática em Comunicação

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Reinaldo Andreatta - Randreatta Design

SUMÁRIO

1. A SAÚDE NO BRASIL	6
2. CARACTERÍSTICAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO	7
2.1. A importância da saúde suplementar na cadeia produtiva da saúde	9
3. NÚMEROS DO SETOR	11
3.1. Fidelidade dos beneficiários ao plano de saúde.....	11
3.2. Número de beneficiários.....	11
3.2.1. Beneficiários por época de contratação do plano de saúde.....	12
3.2.2. Beneficiários por faixa etária	13
3.2.3. Beneficiários por tipo de contratação.....	13
3.2.4. Beneficiários por modalidade de operadora.....	14
3.2.5. Taxa de cobertura	15
3.3. Assistência à saúde	16
3.3.1. Quantidade de serviços utilizados.....	16
3.3.2. Número de prestadores de serviços de assistência à saúde	17
3.3.3. Número de operadoras de planos de saúde	19
3.3.4. Informações econômico-financeiras.....	20
3.3.5. Índice de variação do custo médico-hospitalar (VCMH/IESS)	21
4. DESAFIOS DO SETOR	25
4.1. Sustentabilidade do setor.....	25
4.1.1. Impacto do envelhecimento e possíveis alternativas para a sustentabilidade do setor.....	25
4.1.2. Incorporação de tecnologias de saúde	27
4.1.3. Desperdício nos gastos de saúde	28
4.2. Aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços da saúde suplementar	29
4.3. O ressarcimento ao SUS.....	29
4.4. Agenda regulatória da ANS - 2013-2014	30
4.5. Novas formas de remuneração e de financiamento.....	31
5. DIREITOS E RESPONSABILIDADES DO BENEFICIÁRIO	33
5.1. Direitos dos beneficiários.....	33
5.2. Responsabilidades dos beneficiários	34
5.3. Uso consciente.....	34
6. COMO FUNCIONAM OS PLANOS DE SAÚDE.....	35
6.1. Planos regulamentados, não regulamentados e adaptados ou migrados	36
6.2. Tipos de cobertura assistencial	36
6.3. Rol mínimo obrigatório de procedimentos em eventos de saúde	37
6.4. Prazos máximos para atendimento aos beneficiários	37
6.5. O que os planos não são obrigados a cumprir?.....	38
6.6. Tipos de contratação.....	39
6.7. Carência.....	39
6.8. Portabilidade de carências.....	40
6.9. Tipos de reajustes	40
6.10. Adaptação e migração de contratos.....	42
6.11. Cobertura para ex-funcionários.....	42

1. A SAÚDE NO BRASIL

A Constituição Federal do Brasil assegura que a saúde é direito de todos e dever do Estado, mas também prevê a atuação da iniciativa privada na assistência à saúde de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o sistema de saúde brasileiro pode ser acessado pelo cidadão por meio de dois subsistemas:

- **O SUS** – serviço público e universal, financiado pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal; e
- **O sistema de saúde privado** – seja por meio da contratação de planos privados de assistência junto a operadoras de planos de saúde (Sistema de Saúde Suplementar), ou da contratação direta de serviços de saúde junto aos prestadores privados.

Desde a década de 1960, o crescimento econômico do Brasil e o aumento do trabalho formal têm contribuído para a expansão da saúde suplementar. Esse processo começou com os estímulos do governo ao convênio-empresa, por meio do qual as grandes empresas privadas do país ofereciam assistência médica aos trabalhadores em troca de incentivos fiscais. Com o tempo, houve a evolução dessa atividade, surgindo, assim, as operadoras de planos de saúde.

A regulação da saúde suplementar foi iniciada em 1999, quando entrou em vigor a lei 9.656/98¹, que dispõe sobre os planos de saúde. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência suplementar à saúde foi criada em 2000, pela lei 9.961/2000². Antes dessa lei, no âmbito dos planos de saúde, as seguradoras eram reguladas, pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

Uma vez que a cobertura do SUS é universal, o beneficiário da saúde suplementar está coberto, também, pelo sistema público. Além disso, os dois sistemas possuem uma rede de prestadores em comum, formada por clínicas, hospitais e médicos, entre outros, que apesar de conveniados ao SUS prestam serviços às operadoras de planos e seguros de saúde, assim como há prestadores de serviços privados que atendem a usuários do SUS.

O Brasil despende cerca de 9%³ do seu Produto Interno Bruto (PIB) com saúde, sendo 45,7% gastos públicos e 54,3% gastos privados⁴. O montante gasto pelo SUS com assistência médica hospitalar e ambulatorial⁵ foi de R\$ 82 bilhões⁶ em 2009⁷. Nesse mesmo ano, a despesa assistencial total das operadoras de planos de saúde foi de R\$ 54 bilhões. Deve-se considerar, no entanto, que esse montante é referente à assistência de 42 milhões de beneficiários, enquanto que as despesas do SUS referem-se à assistência de todos os brasileiros, que somam 191 milhões⁸, dos quais, de acordo com o Ministério da Saúde, aproximadamente 80% (153 milhões) usam exclusivamente a saúde pública. Analisando a despesa per capita, nota-se o setor de saúde suplementar tem gasto mais com assistência do que o SUS⁹: R\$ 1.286 contra R\$ 429.

¹ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm

² Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm

³ OECD Health Data 2012 – Referente a 2011

⁴ OMS, 2012 – Referente a 2011

⁵ Não são considerados os gastos com vigilância sanitária e ações públicas preventivas.

⁶ Contas Satélites de Saúde 2007-2009/IBGE.

⁷ Do total de R\$ 82 bi, R\$ 24,0 bi (29%) foram gastos do SUS. Além do valor recebido pelo SUS como remuneração direta pelos procedimentos de saúde realizados, os estabelecimentos de saúde contam, ainda, com a complementação de recursos advindos da União, Estados e Municípios. O valor proveniente do SUS em 2009 foi de R\$ 24 bi e complementação das esferas administrativas de R\$ 58 bi.

⁸ Contas Satélites de Saúde 2007-2009/IBGE.

⁹ ALMEIDA NETO et al., 2012.

2. CARACTERÍSTICAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO

A organização dos sistemas de saúde no mundo é muito heterogênea e depende das especificidades de cada país. O sistema de saúde brasileiro tem cobertura universal do sistema público e livre atuação da iniciativa privada. No Brasil, os planos de saúde fornecem assistência à saúde de forma complementar, de modo que o cidadão não perde o direito de ser atendido pelo SUS ao contar com a cobertura do plano de saúde¹⁰.

No quadro 1 estão descritas as principais características do sistema de saúde brasileiro, que contempla o SUS e a saúde suplementar.

QUADRO 1: CARACTERÍSTICAS DO SUS X SAÚDE SUPLEMENTAR

Características	SUS	Saúde Suplementar
Cobertura	Universal, garantida pela lei nº 8080, de 1990	25,1% da população tem planos de assistência médico-hospitalar e outros 9,6% tem planos apenas odontológico*
Serviços Cobertos	Serviços primários, ambulatorial especializado e hospitalar podem ser realizados por prestadores públicos e privados	Procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos, atendimentos de urgência e emergência variam de acordo com tipo de produto contratado (ambulatorial, hospitalar ou ambos), segundo a regulação da ANS

Fonte: Tabnet/ANS. Dados acessados em 16 de agosto de 2013. *Um mesmo beneficiário pode ter um plano médico-hospitalar e outro exclusivamente odontológico.

¹⁰ Caso haja a utilização do serviço público de saúde, a legislação brasileira prevê o ressarcimento do setor público, conforme será melhor explicado no item 4.3.

Em outros países, a organização dos sistemas de saúde é bem diversa. O Quadro 2 contém informações sobre o funcionamento do sistema privado de saúde em alguns países selecionados.

Nos Estados Unidos o setor de seguros privados tem papel primordial no sistema de saúde, cobrindo 62,3% da população enquanto o governo federal financia programas apenas para os maiores de 65 anos, possuidores de incapacidades e pessoas de baixa renda.

Outro tipo de sistema de saúde é o do Canadá, onde, apesar da cobertura pública universal, 68,8% da população está coberta por seguros privados, adquiridos principalmente por meio do vínculo empregatício. Além disso, diferentemente do Brasil, aquilo que é oferecido pelo Estado não pode ser ofertado pelo plano de saúde.

QUADRO 2: SEGURO PRIVADO DE SAÚDE EM PAÍSES SELECIONADOS, 2009

País	População coberta por Seguro Saúde (%)	% do gasto com seguro saúde no total de gasto com saúde (%)	Papel do seguro saúde no sistema de saúde nacional
Alemanha	30,4	9,7	Substitutivo
Austrália	51,2	8,5	Complementar
Brasil	24,6	21,4	Suplementar
Canadá	68,0	13,3	Suplementar
Chile	16,3	19,9	Complementar/Suplementar
Espanha	19,7	5,8	Suplementar
Estados Unidos	62,3	35,4	Principal/Complementar/Suplementar
França*	93,7	13,6	Complementar
Holanda	90,0	6,2	Complementar/Suplementar
Portugal	19,4	5,1	Suplementar

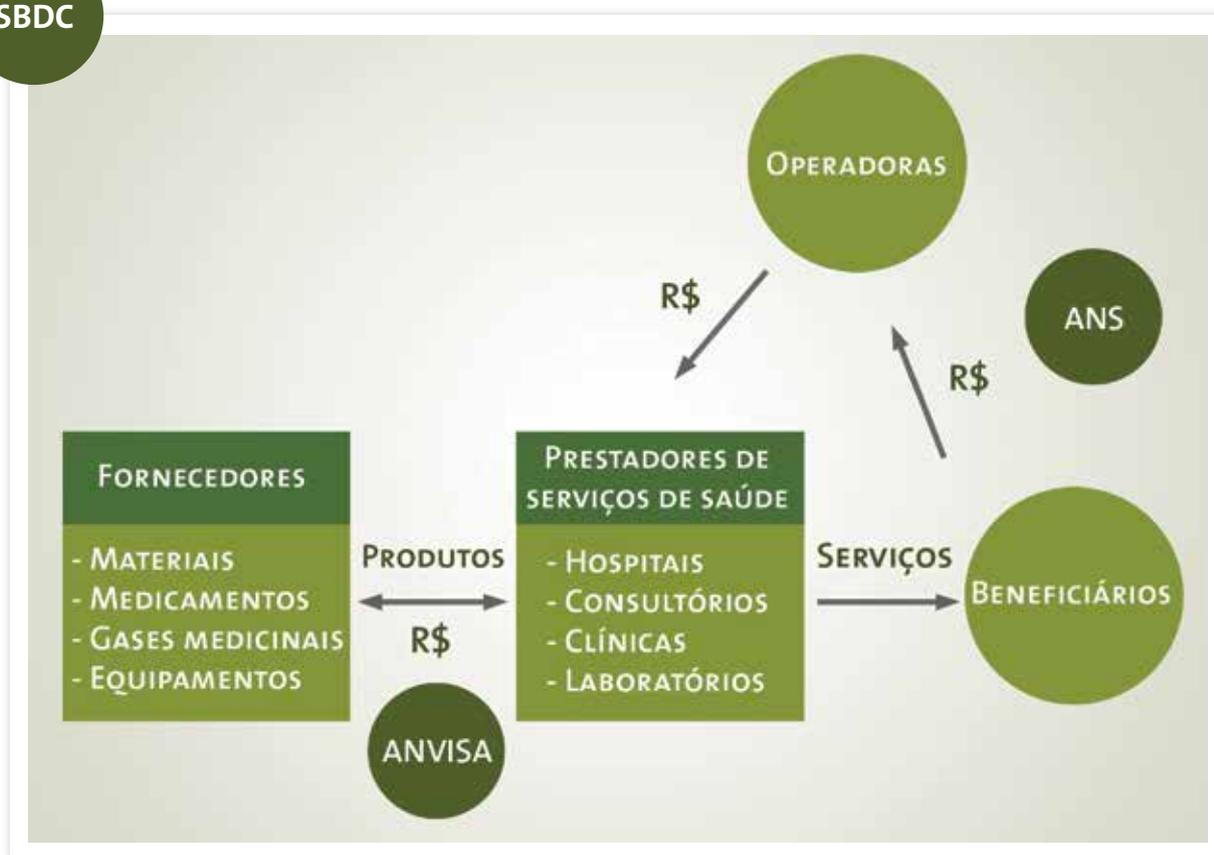
Fonte: OECD Health Data 2011; WHO Profile of the Health Service System: Chile; ANS TabNet; Private health insurance in the European Union (2009). Adaptado de Cechin, J.(2008). *Informações referentes ao ano de 2008.

2.1. A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE SUPLEMENTAR NA CADEIA PRODUTIVA DA SAÚDE

Para um melhor entendimento do funcionamento da saúde suplementar, é necessário contextualizá-lo dentro da cadeia produtiva do setor privado de saúde. A começar pelo início da cadeia, a indústria de insumos de saúde e seus distribuidores fornecem medicamentos, materiais, equipamentos e gases medicinais, entre outros produtos, aos prestadores de serviços de assistência à saúde. Estes, por sua vez, utilizam os insumos comprados para ofertar serviços aos beneficiários de planos de saúde, que pagam pelos serviços usufruídos por meio da mensalidade do plano contratado.

FIGURA 1 – CADEIA PRODUTIVA DE BENS E SERVIÇOS NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

SBDC



A existência dos planos de saúde é, portanto, um importante propulsor na cadeia produtiva do setor, demandando não só profissionais, como centros de tratamento, internação etc. Em 2012, por exemplo, 90,8% da renda dos 48 hospitais que integram a Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP) vieram das operadoras de planos de saúde. Um total de R\$ 11,4 bilhões.

Todo esse sistema privado é regulado por três órgãos, como mostrado na Figura 1. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária¹¹ (Anvisa) é responsável pela regulação sanitária e econômica do mercado de compra e venda de insumos hospitalares; à ANS¹² cabe regular o fluxo financeiro e de serviços entre operadoras, beneficiários e prestadores; e o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência¹³ (SBDC) deve garantir a competitividade no setor.

¹¹ www.anvisa.gov.br

¹² www.ans.gov.br

¹³ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12529.htm



3. NÚMEROS DO SETOR

3.1. FIDELIDADE DOS BENEFICIÁRIOS AO PLANO DE SAÚDE

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) solicitou ao Instituto Datafolha uma pesquisa que avaliasse a fidelidade dos usuários de planos de saúde ao produto adquirido. Entre os dias 18 e 28 de fevereiro de 2013, foram entrevistadas 1.667 pessoas nas regiões metropolitanas de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Porto Alegre, Brasília e Manaus.

Foi constatado que 85% dos beneficiários de planos de saúde dessas oito regiões metropolitanas do País pretendem continuar com seus planos atuais. O mesmo levantamento mostrou que contar com um plano de saúde é o terceiro maior desejo dos brasileiros que não possuem planos de saúde, ficando atrás somente da casa própria e da educação.

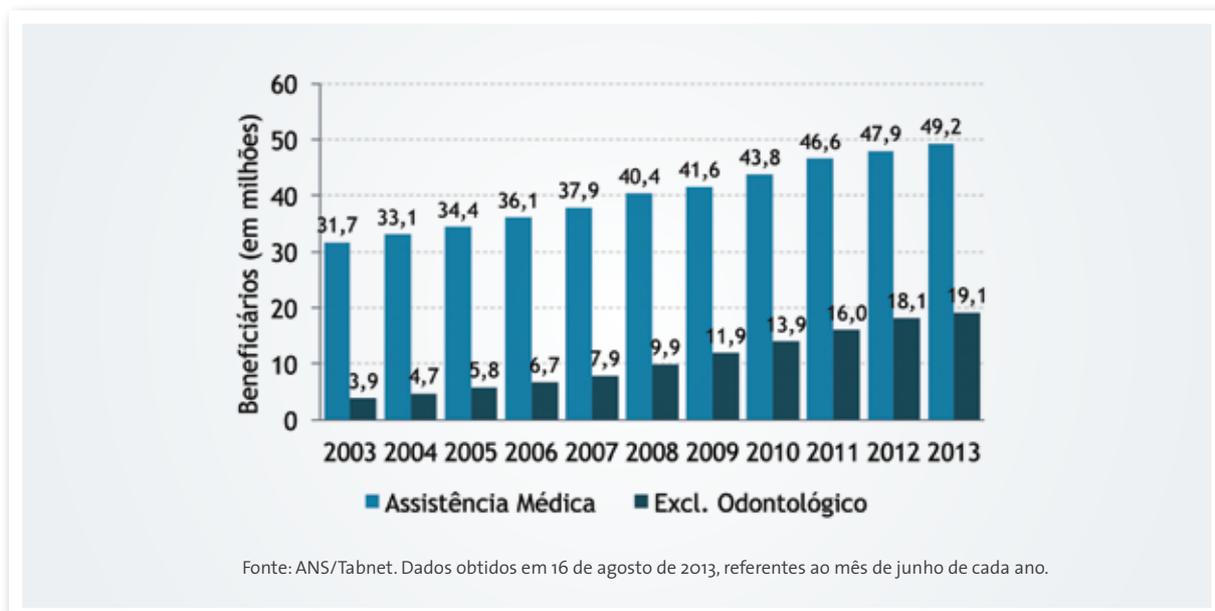
A pesquisa revela que, entre os beneficiários que utilizaram os serviços dos planos nos 12 meses anteriores à entrevista, 90% avaliaram como “muito bom ou bom” o atendimento dado durante os exames, ficando em 86% a análise positiva sobre o atendimento das consultas e 87% sobre a agilidade para liberação de senha ou autorização para internação.

3.2. NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS

O número de beneficiários de planos de saúde tem crescido consideravelmente desde 2003, como se observa na figura a seguir. Para os planos de assistência médica, esse crescimento foi de 35,3% entre os anos 2003 e 2013, chegando a 49,2 milhões de beneficiários. Para os planos exclusivamente odontológicos, a expansão foi ainda maior, de 3,9 vezes, atingindo 19,1 milhões de vínculos em junho de 2013.

Nota: Todas as informações relacionadas ao número de beneficiários e operadoras são referentes ao mês de junho do ano referido.

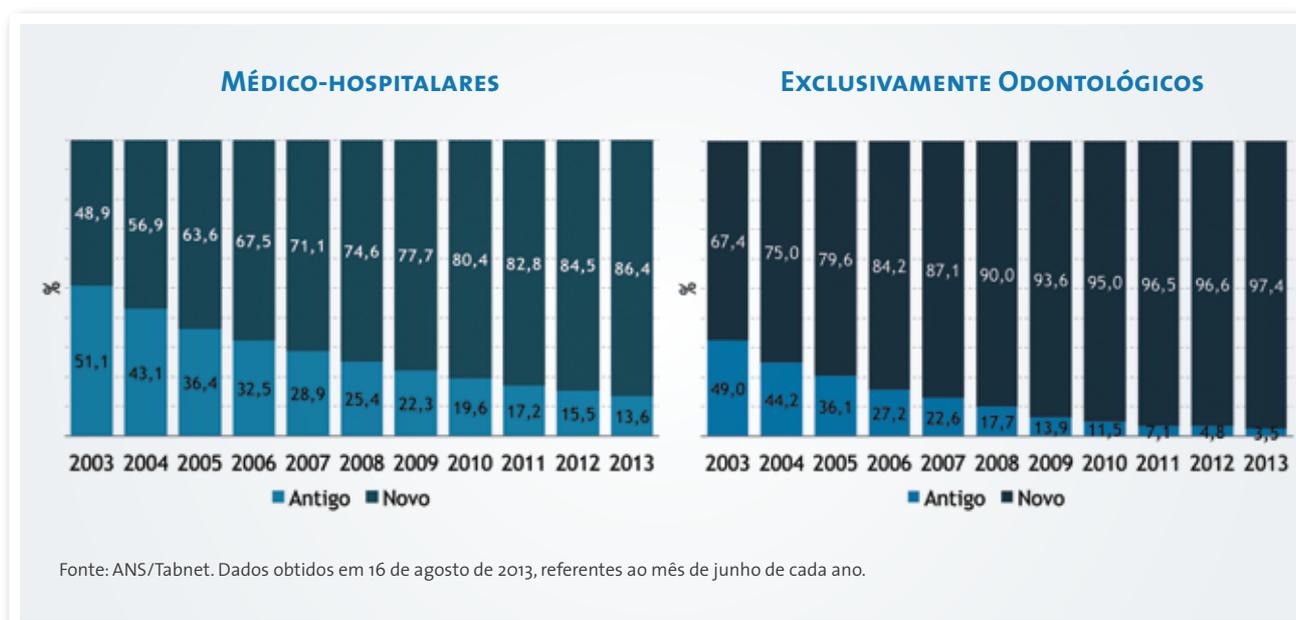
FIGURA 2 – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR TIPO DE PLANO, 2003 A 2013



3.2.1. BENEFICIÁRIOS POR ÉPOCA DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

A proporção de beneficiários vinculados a planos posteriores à Lei 9.656/1998 (planos novos) tem aumentado nos últimos dez anos e já chega a, respectivamente, 86,4% e 97,4% das carteiras de planos de assistência médica e exclusivamente odontológicos (Figura 3). Essa tendência deve continuar de forma mais acentuada nos próximos anos, visto que a ANS tem estimulado a adaptação dos planos antigos à regulamentação da Lei 9.656 (RN 254/2011)¹⁴.

FIGURA 3 – EVOLUÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS POR ÉPOCA DE CONTRATAÇÃO E POR TIPO DE PLANO, 2003 A 2013

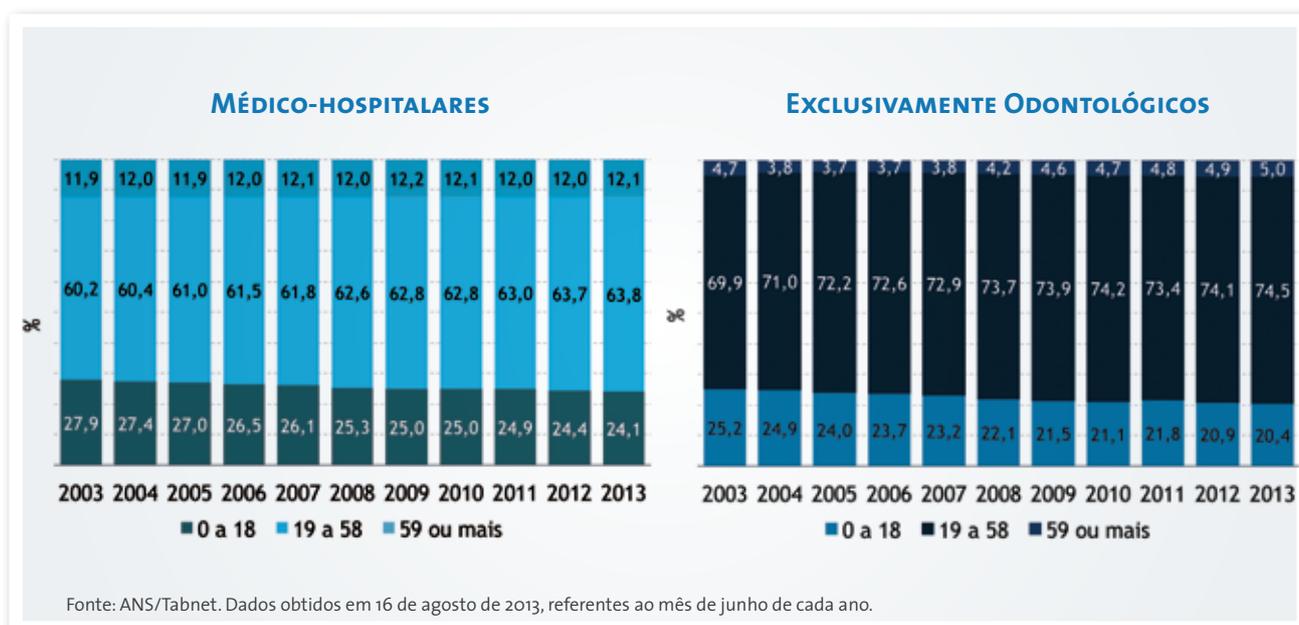


¹⁴ Para maiores detalhes do impacto desse estímulo da ANS, consultar o Texto de Discussão do IESS, nº 44: “Impacto da RN 254/2011 sobre a carteira de beneficiários de planos médico-hospitalares”. Disponível em: <http://www.iess.org.br/html/TDISS00442013RN254.pdf>.

3.2.2. BENEFICIÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA

Analisando a distribuição dos beneficiários segundo faixas etárias selecionadas (Figura 4), nota-se que o grupo mais prevalente e com maior crescimento de 2003 a 2013 é aquele de 19 a 58 anos, tanto para assistência médico-hospitalar como para a exclusivamente odontológica. A participação do grupo com 59 anos ou mais também tem aumentado nesse período, acompanhando o envelhecimento da população brasileira. Por outro lado, a participação dos mais jovens (0 a 18 anos) tem diminuído.

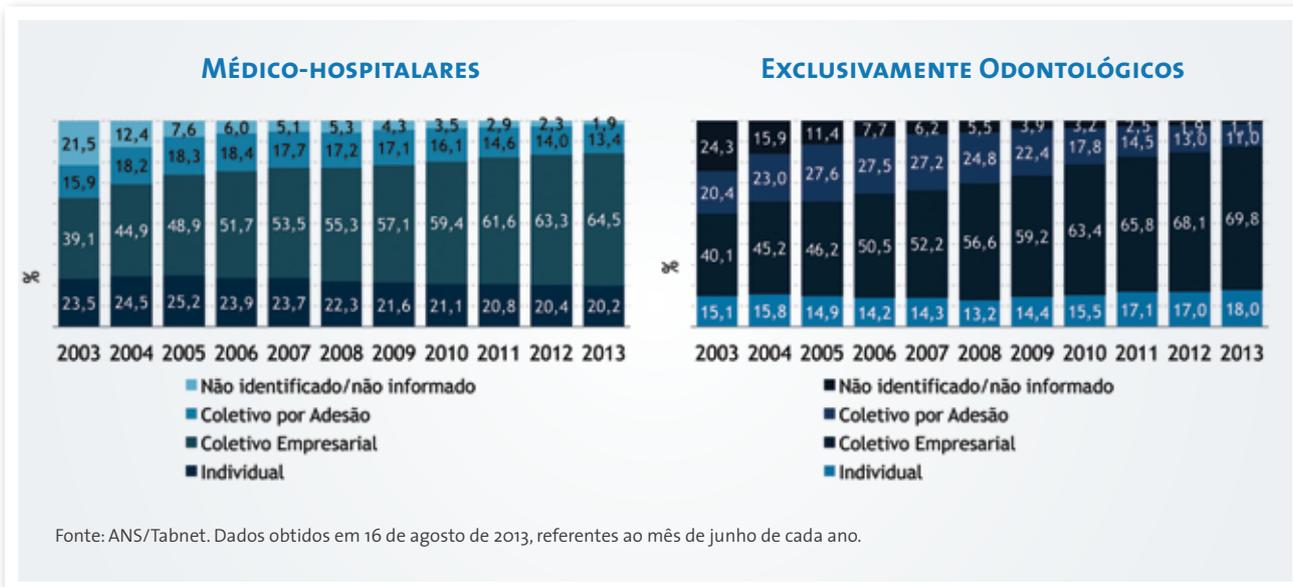
FIGURA 4 – EVOLUÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS POR GRUPOS ETÁRIOS SELECIONADOS E TIPO DE PLANO, 2003 A 2013



3.2.3. BENEFICIÁRIOS POR TIPO DE CONTRATAÇÃO

No que se refere ao tipo de contrato, mais de 64% dos beneficiários, tanto de planos médico-hospitalares quanto odontológicos, estão atualmente conveniados a planos coletivos empresariais. Ou seja, possuem o benefício pela empresa em que trabalham (Figura 5). Esta proporção tem aumentado desde o início da série histórica, em grande parte devido à redução do desemprego e formalização do mercado de trabalho. Destaca-se também, a queda na representatividade de beneficiários em planos “não informados” ou “não identificados”, pelo aperfeiçoamento da troca de informações entre as operadoras e a ANS.

FIGURA 5 – EVOLUÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS POR TIPO DE CONTRATAÇÃO E TIPO DE PLANO, 2003 A 2013



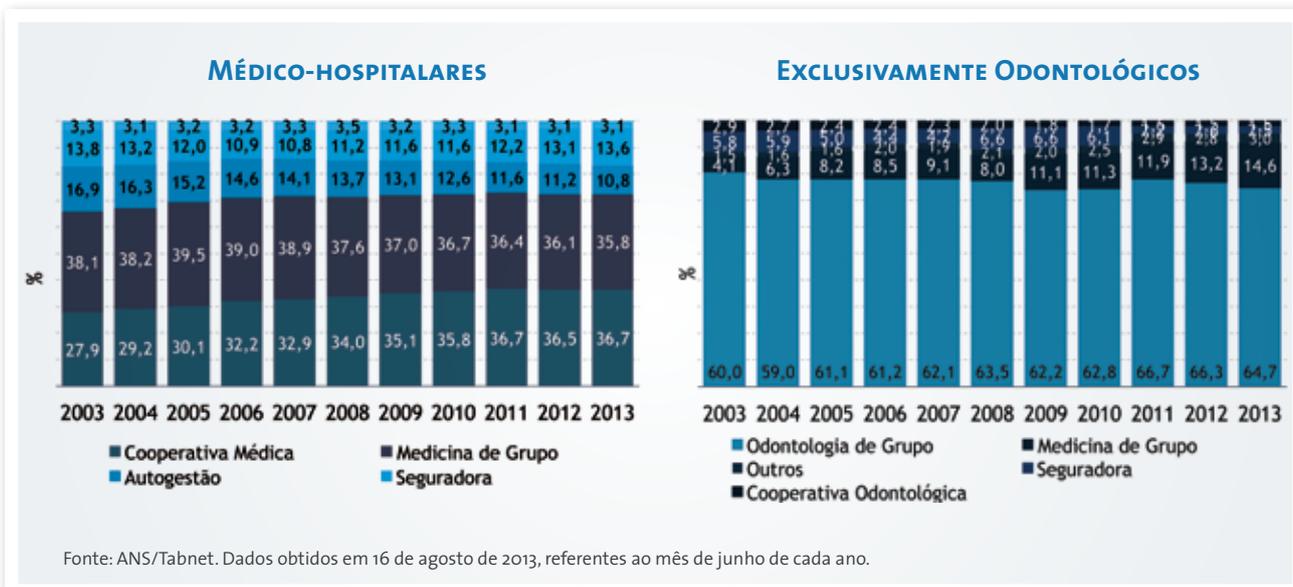
Fonte: ANS/Tabnet. Dados obtidos em 16 de agosto de 2013, referentes ao mês de junho de cada ano.

3.2.4. BENEFICIÁRIOS POR MODALIDADE DE OPERADORA

Os beneficiários de planos de assistência médica estão concentrados, principalmente, em operadoras do tipo cooperativas médicas (36,7%) e medicinas de grupo (35,8%), conforme mostrado na Figura 6. As primeiras ganharam participação nos 11 anos analisados, enquanto as últimas tiveram sua contribuição para a totalidade de beneficiários reduzida.

Os vínculos a planos exclusivamente odontológicos, por sua vez, se concentram em odontologias de grupo (64,7%), cuja representatividade tem se mantido relativamente constante ao longo dos anos.

FIGURA 6 – EVOLUÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS POR MODALIDADE DE OPERADORA E TIPO DE PLANO, 2003 A 2013

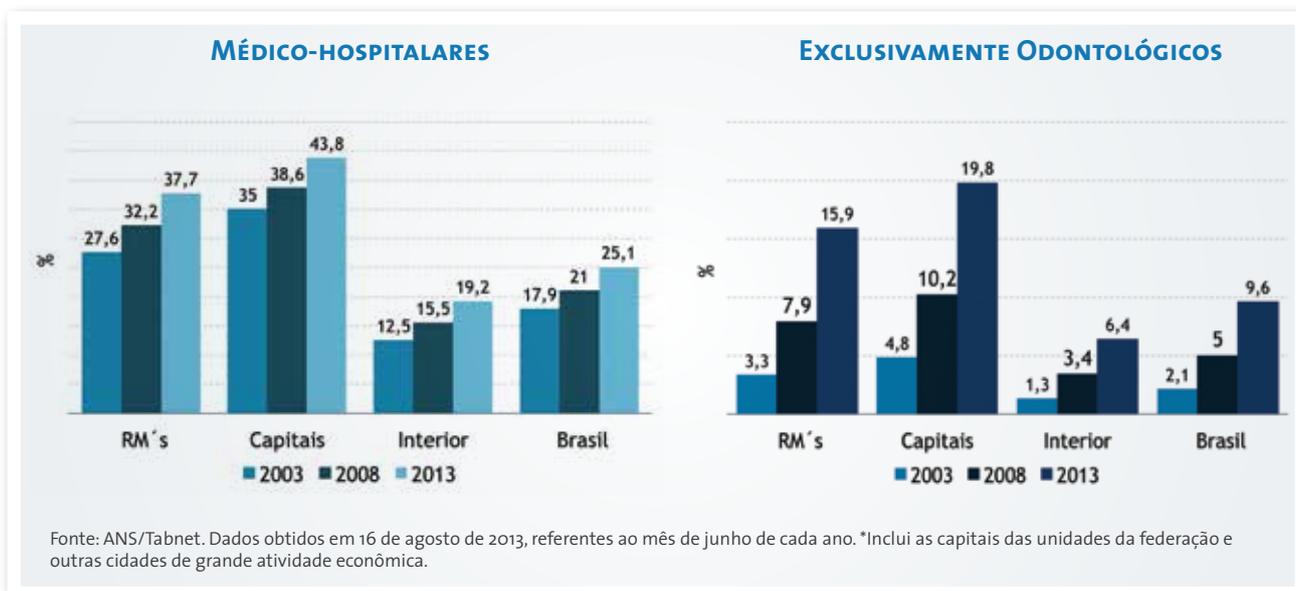


Fonte: ANS/Tabnet. Dados obtidos em 16 de agosto de 2013, referentes ao mês de junho de cada ano.

3.2.5. TAXA DE COBERTURA

Pouco mais de um quarto da população brasileira está coberta por planos de assistência médica e 9,6% por planos odontológicos. A taxa de cobertura é maior nas capitais e nas regiões metropolitanas e menor no interior dos estados. Essa diferença está associada ao mercado de trabalho formal, mais desenvolvido nas áreas de maior atividade econômica. Para os planos de assistência médica, no entanto, o crescimento da taxa da cobertura, de 2003 a 2013, tem sido relativamente maior no interior, revelando que esse é um mercado promissor para o setor de saúde suplementar.

FIGURA 7 – EVOLUÇÃO DA TAXA DE COBERTURA DE PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES E EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS NO BRASIL: CAPITAIS, REGIÕES METROPOLITANAS* E INTERIOR, 2003, 2008 E 2013



A taxa de cobertura de planos médico-hospitalares é maior entre os idosos (60 anos ou mais), de 28,2%, seguidos pela população de 20 a 59 anos (26,3%). Entre os mais jovens (0 a 19 anos), a parcela da população coberta é menor, de 19,3%. Entre 2003 e 2013, a taxa de cobertura dos planos de saúde cresceu em todas as faixas etárias, especialmente naquela de 0 a 19 anos, que teve expansão de 47,3%.

FIGURA 8 – EVOLUÇÃO DA TAXA DE COBERTURA DE PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES SEGUNDO FAIXAS ETÁRIAS NO BRASIL: 2003 A 2013

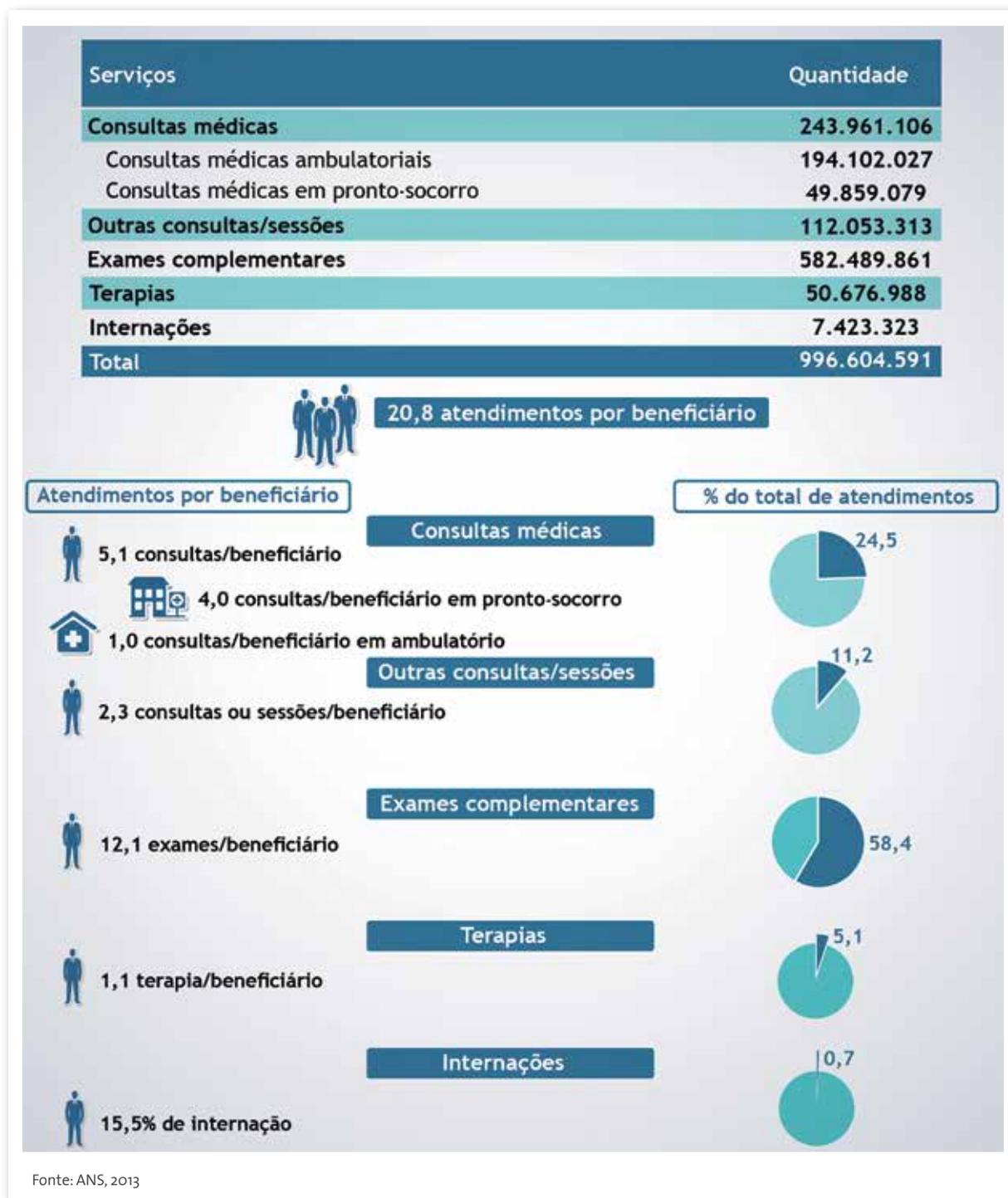


3.3. ASSISTÊNCIA À SAÚDE

3.3.1. QUANTIDADE DE SERVIÇOS UTILIZADOS

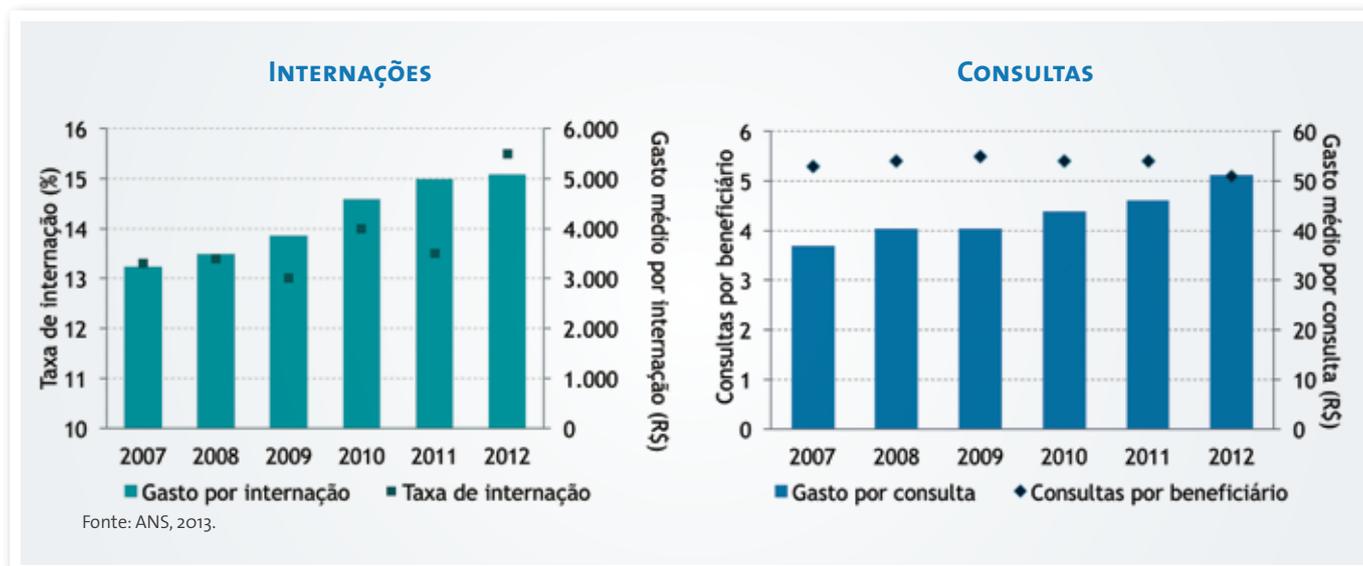
Cada beneficiário de plano de saúde realizou, em média, 20,8 atendimentos em 2012 por meio do seu plano de saúde, totalizando 996,6 milhões de atendimentos no ano, sendo os exames de diagnóstico o tipo de assistência mais utilizada, com uma média de 2,4 solicitações de exames por consulta. As demais quantidades de serviços de saúde realizados em 2012 na saúde suplementar estão descritas na Figura 9.

FIGURA 9 – UTILIZAÇÃO DE ATENDIMENTOS DE SAÚDE SEGUNDO TIPOS DE SERVIÇOS, 2012



Apesar de a média de consultas por beneficiário ter se mantido relativamente estável de 2007 a 2012, o gasto médio por consulta aumentou 38,7% no período - de R\$ 36,91 para R\$ 51,20. Essa variação foi superior à inflação acumulada, medida pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), medido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 24,6%. Já o gasto médio por internação teve um crescimento mais acentuado, subindo 57,5% nesse mesmo período (de R\$ 3.129,56 para R\$ 5.070,3). Além desse aumento no gasto médio, a taxa de internação aumentou 2,2 pontos percentuais (de 13,5 para 15,5 internações para cada 100 beneficiários).

FIGURA 10 – EVOLUÇÃO DA UTILIZAÇÃO E GASTO MÉDIO POR ATENDIMENTO, 2007 A 2012



3.3.2. NÚMERO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

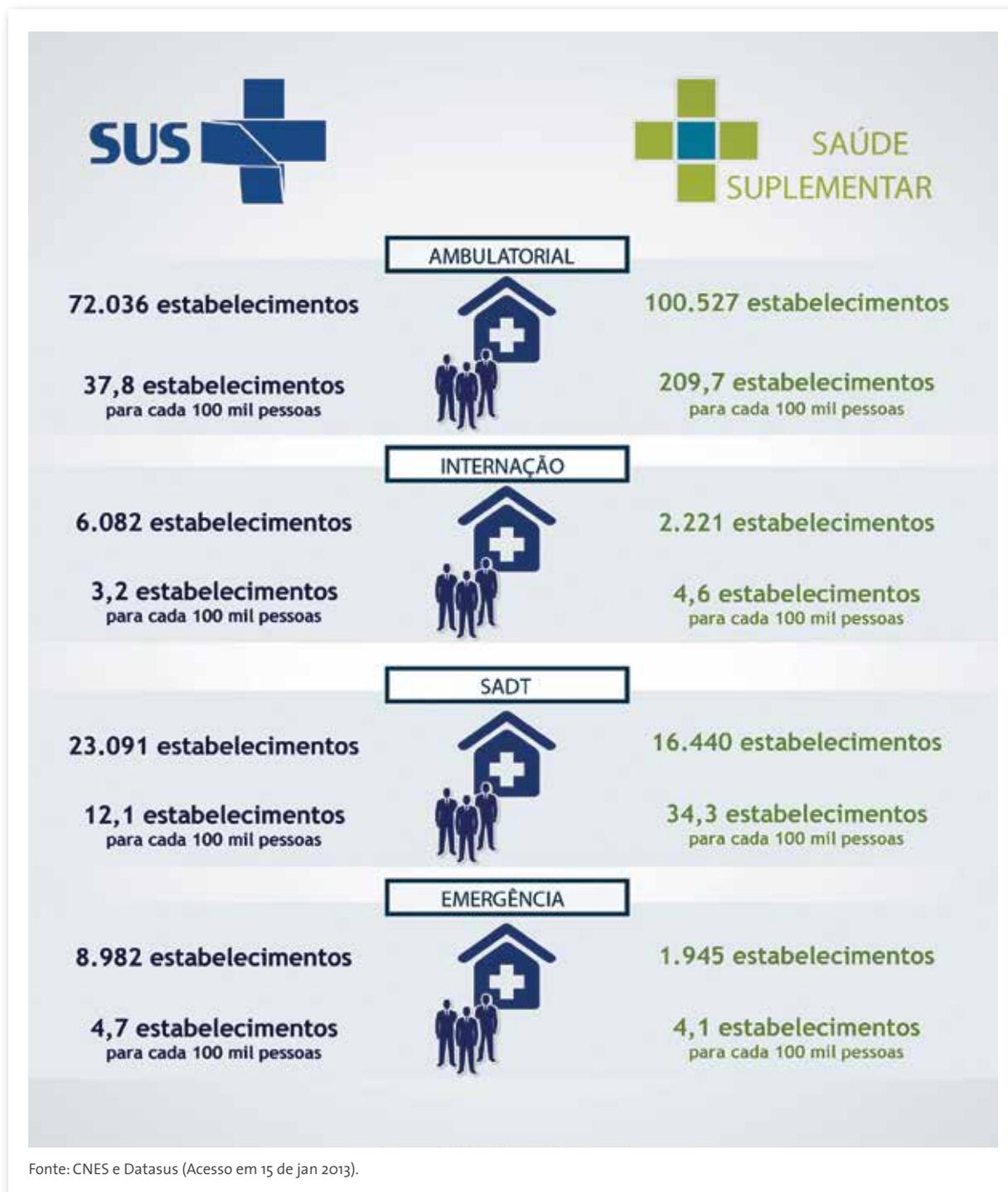
A rede de atendimento da saúde suplementar é 22,5% maior que a rede pública, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (CNES). No final de 2012, eram 107.478 estabelecimentos que prestavam serviços aos planos de saúde contra 87.742 estabelecimentos conveniados ao SUS, sendo a média de estabelecimentos para cada 100 mil pessoas de 224,2 e 46,0 respectivamente, para a saúde suplementar e para o SUS¹⁵.

Como pode ser observado na Figura 11, são os prestadores de atendimentos ambulatoriais que predominam na rede de saúde suplementar, já que o SUS possui uma rede maior para atendimentos de emergência, internações e serviços de apoio à terapia e diagnose.

No entanto, para todos os tipos de serviço, com exceção dos atendimentos de emergência, a relação entre o número de estabelecimentos e o número de usuários é maior para os planos de saúde (Figura 11). Mesmo no caso das internações, para as quais a rede do SUS é 173,8% maior, o número de estabelecimentos por usuários é favorável à saúde suplementar: 4,6 contra 3,2 estabelecimentos para cada 100 mil usuários.

¹⁵ Um mesmo estabelecimento de saúde pode manter convênio com o SUS e com as operadoras de plano de saúde. Portanto, esse estabelecimento é contabilizado, tanto na rede pública como na rede privada de assistência à saúde.

FIGURA 11 – NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS SEGUNDO SISTEMA DE SAÚDE E SERVIÇOS PARA CADA 100 MIL USUÁRIOS, EM 2012



Em geral o número de equipamentos de saúde no Brasil equipara-se ao de países mais ricos, mesmo quando se considera o tamanho da população. Na comparação com países selecionados, nota-se que a taxa de oferta por milhão de habitantes, em 2011, de três equipamentos de diagnóstico por imagem está acima da taxa de alguns dos principais países da OCDE. Por exemplo, o Brasil possui mais tomógrafos por milhão de habitantes (15,7) do que Canadá (14,6), França (12,5) e Reino Unido (8,9). Da mesma forma, a taxa de Ressonância Magnética (6,7) e de Mamógrafos (13,7) é igualmente elevada.

O número de equipamentos complexos de saúde é, no entanto, elevado devido à oferta da saúde suplementar. De acordo com relatório do IBGE¹⁶, a oferta privada de tomógrafos computadorizados em 2005 no país, de 30,8 por milhão de habitantes, é semelhante à oferta total observada nos Estados Unidos, de 32,2 por milhão de habitantes, enquanto que para o SUS essa oferta era de 4,9 por milhão de habitantes.

QUADRO 3: NÚMERO DE TOMÓGRAFOS, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E MAMÓGRAFOS POR MILHÃO DE HABITANTES EM PAÍSES SELECIONADOS, 2011

País	Tomografia Computadorizada	Ressonância Magnética	Mamógrafos
Brasil	15,7	6,7	13,7
Austrália	44,4	5,7	7,4
Canadá	14,6	8,5	23,3
Chile	10,2	4,1	8,8
Coreia do Sul	35,9	21,3	23,2
Estados Unidos	40,9	*	*
França	12,5	7,5	*
México	4,8	2,1	16,3
Reino Unido	8,9	5,9	52,1

Fonte: OCDE – HealthStat. *Dados não informados.

3.3.3. NÚMERO DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

O ano de 2013 atingiu 939 operadoras com beneficiários e 993 operadoras médico-hospitalares com registro na ANS (em atividade). Para as operadoras exclusivamente odontológicas esses números foram 356 e 407, respectivamente.

Apesar desse decréscimo, o número de operadoras tem se mantido relativamente constante. Este mercado não é considerado concentrado, pois as quatro maiores operadoras detêm 21,0% e 27,2% dos beneficiários, respectivamente médico-hospitalar e exclusivamente odontológicos. Considera-se um mercado concentrado quando essa proporção atinge 75,0%¹⁷.

Cada operadora médico-hospitalar tem, em média, 49,8 mil beneficiários. Se considerarmos todas as modalidades que oferecem planos odontológicos, essa média é de 40,7 mil beneficiários por operadora. Quando se considera apenas planos exclusivamente odontológicos e seus beneficiários, há, em média, 42,9 mil beneficiários por operadora.

¹⁶ Escassez e fartura: distribuição da oferta de equipamentos de diagnóstico por imagem no Brasil - Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. IBGE 2009.

¹⁷ Mais informações sobre concorrência no setor de saúde suplementar podem ser obtidas no Texto de Discussão nº 28 “Considerações Sobre a Concorrência no Setor de Saúde Suplementar”, disponível em: <http://www.iess.org.br/html/TDIESSo0282009Concorrnciao809.pdf>

FIGURA 12 – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE MÉDICO-HOSPITALARES E EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS NO BRASIL, 2003 A 2013



Fonte: ANS/Tabnet (dados obtidos em 16 de agosto de 2013, referentes ao mês de junho de 2013) e Caderno de Informações da saúde suplementar (mar/13) para os demais anos, referentes ao mês de dezembro. Atenção para as escalas distintas entre os gráficos.

3.3.4. INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FINANCEIRAS

Em 2012, as operadoras médico-hospitalares obtiveram R\$ 92,7 bilhões de receita de contraprestações e pagaram R\$ 78,8 bilhões em despesas com assistência médica. Com esse resultado, a sinistralidade atingiu 85,0%, maior valor desde o início da série histórica, em 2001. De cada R\$ 100,00 que os beneficiários dos planos médico-hospitalares pagaram de mensalidades em 2012, R\$ 85,00 voltaram para eles em forma de assistência direta à sua saúde.

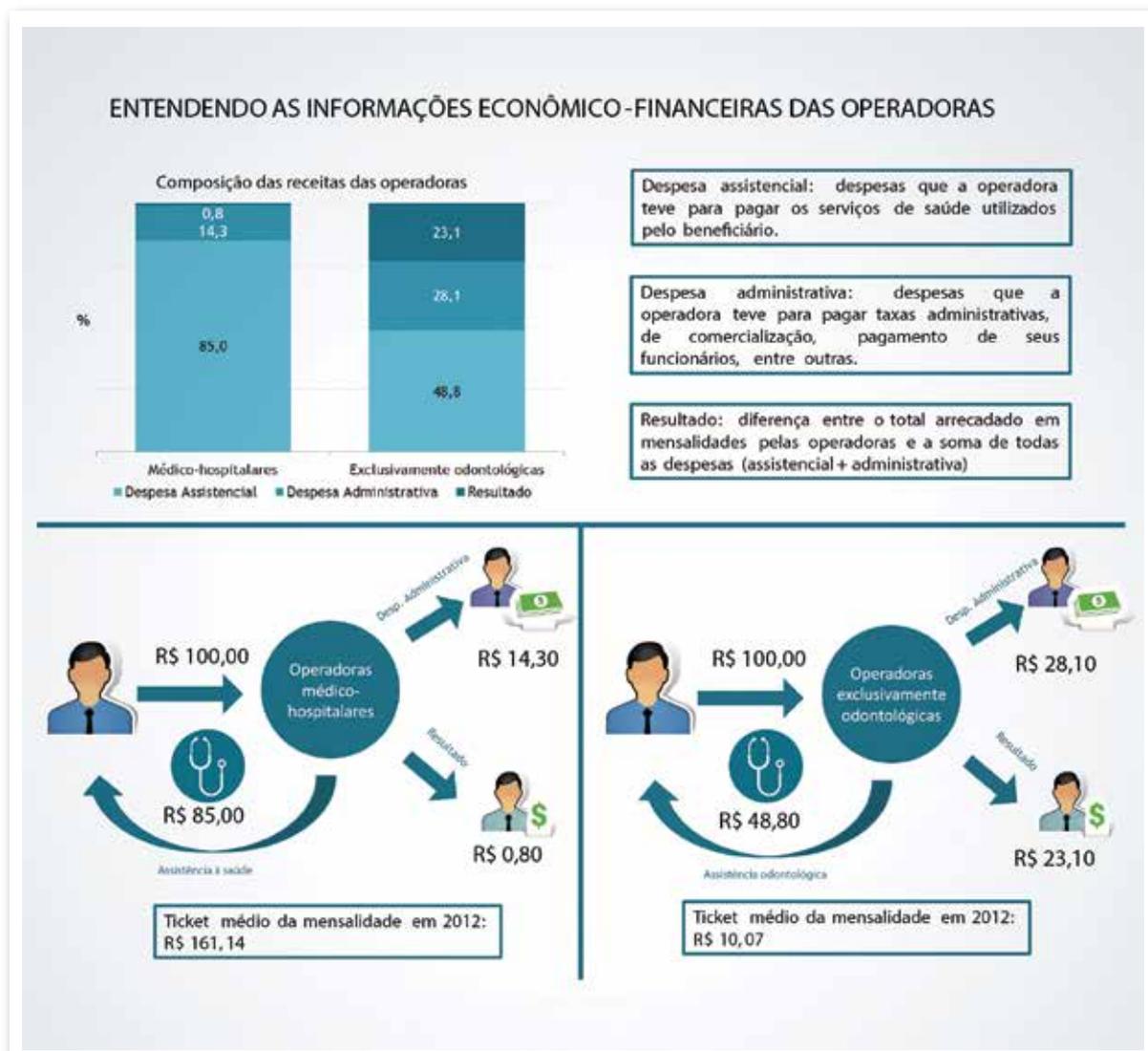
Quanto às operadoras exclusivamente odontológicas, elas arrecadaram R\$ 2,2 bilhões e tiveram despesas assistenciais de R\$ 1,1 bilhão, sendo a sinistralidade de 48,8%. De cada R\$ 100,00 que os beneficiários dos planos exclusivamente odontológicos pagaram em 2012, R\$ 48,80 voltaram para eles em forma de assistência direta à sua saúde bucal.

FIGURA 13: EVOLUÇÃO DA RECEITA, DA DESPESA ASSISTENCIAL E DA SINISTRALIDADE DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICAS. BRASIL, 2002 A 2012



Fonte: ANS/Tabnet (acesso em 15 de abril de 2013). Atenção para as escalas distintas entre os gráficos.

FIGURA 14: ENTENDENDO AS INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FINANCEIRAS DAS OPERADORAS

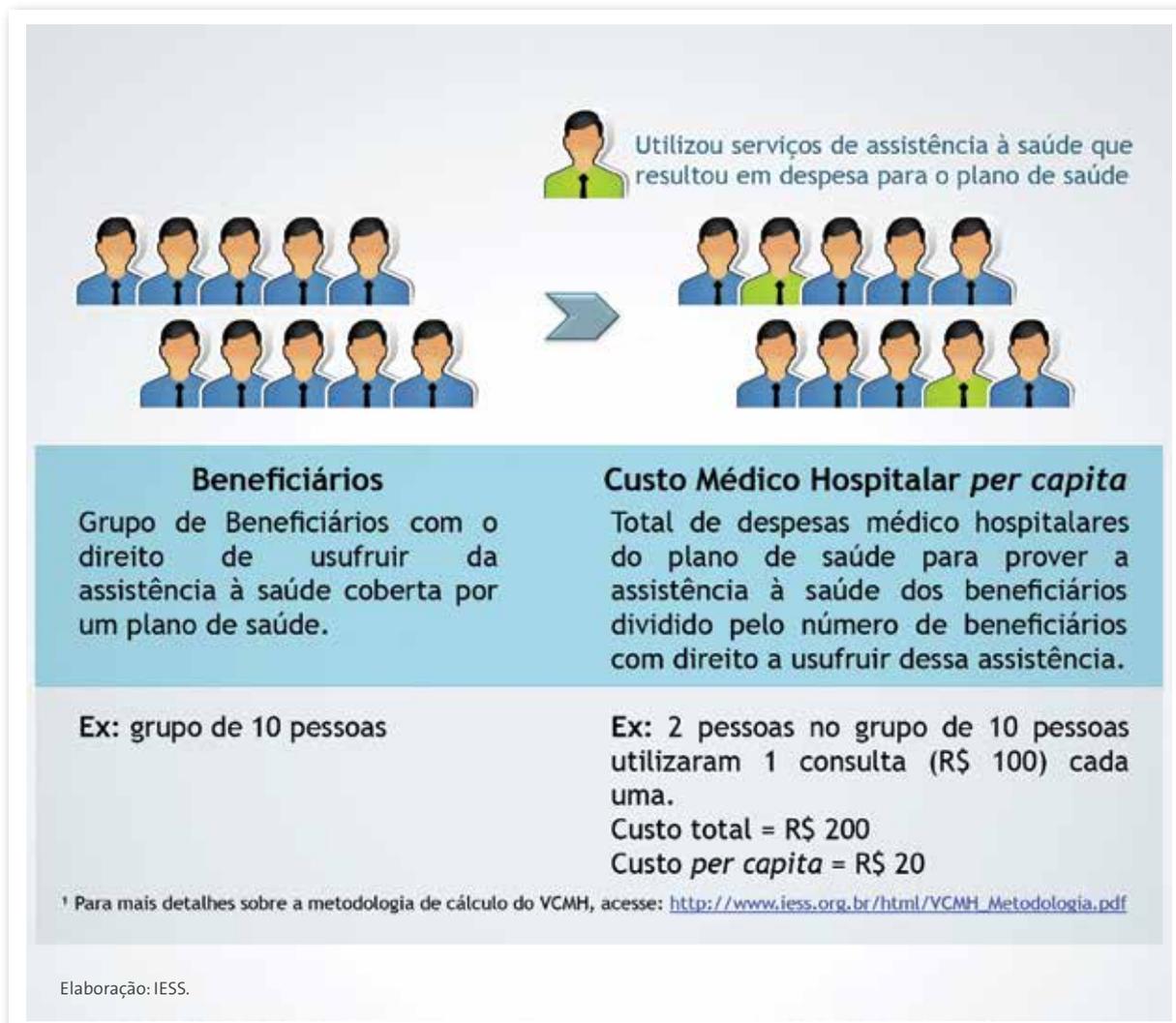


3.3.5. ÍNDICE DE VARIAÇÃO DO CUSTO MÉDICO-HOSPITALAR (VCMH/IESS)

O custo médico-hospitalar (CMH) em planos de saúde indica quanto custa, em média, prover aos beneficiários os serviços de assistência à saúde cobertos pelo plano em determinado período. Para isso, divide-se as despesas médico-hospitalares pelo total de beneficiários de um plano de saúde, contando, inclusive, aqueles que não utilizaram qualquer serviço no período analisado¹⁸.

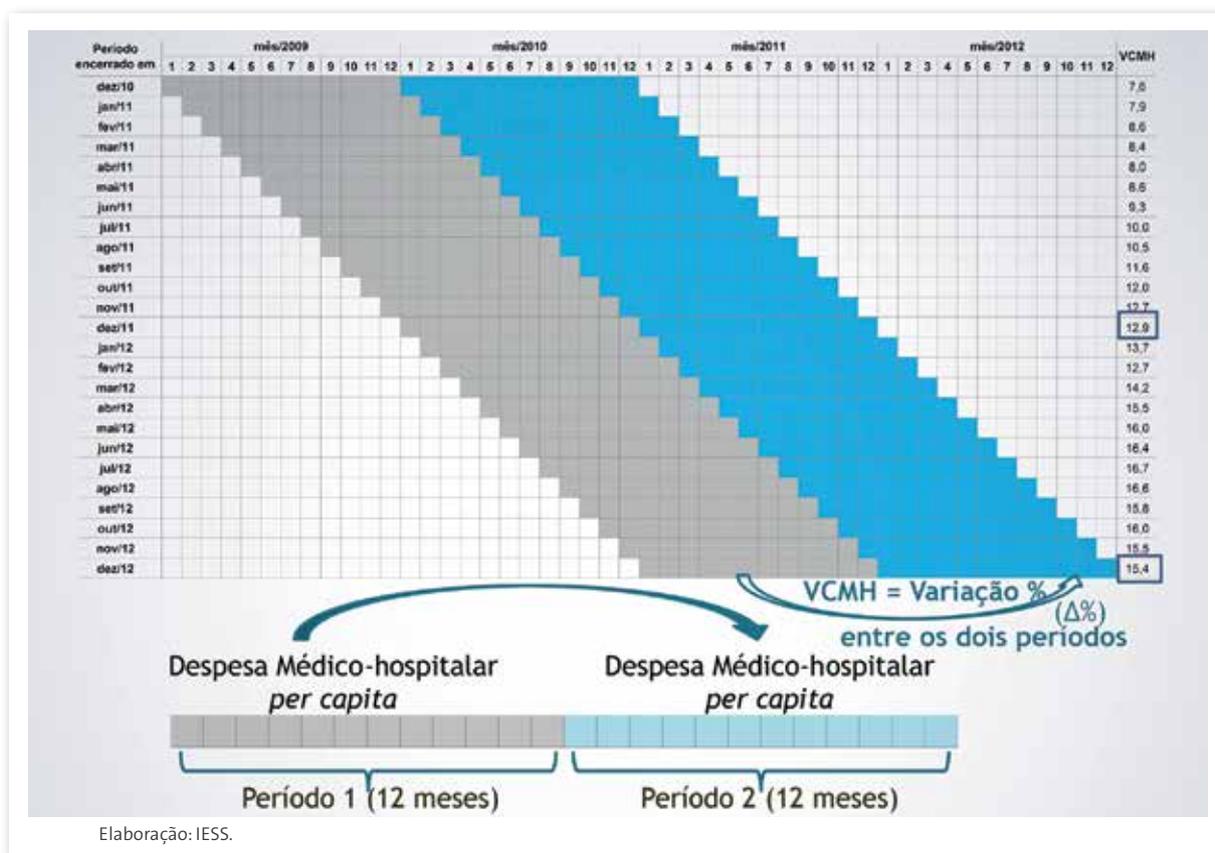
¹⁸ O cálculo técnico atuarial é baseado na quantidade de expostos (todas as pessoas que podem utilizar o plano, por exemplo, beneficiários fora do período de carência) e não por beneficiário.

FIGURA 15: EXEMPLO PARA AS DESPESAS COM CONSULTAS PARA ENTENDER O CÁLCULO DO CUSTO MÉDICO-HOSPITALAR PER CAPITA



A comparação do CMH de dois períodos consecutivos permite estimar a variação do custo médico-hospitalar per capita dos planos de saúde. O índice de Variação do Custo Médico-hospitalar do IESS (VCMH/IESS) expressa essa variação entre dois períodos consecutivos de 12 meses cada, considerando aproximadamente 10% do total de beneficiários de planos individuais (antigos e novos) distribuídos em todas as regiões do país. Por exemplo, o índice VCMH de dezembro de 2011 refere-se à variação do custo médico-hospitalar de janeiro a dezembro de 2011 comparado com o custo médico-hospitalar de janeiro a dezembro de 2010. Esta metodologia é reconhecida internacionalmente e aplicada na construção de índices de variação de custo em saúde como o “S&P Healthcare Economic Composite” e o “Milliman Medical Index”.

FIGURA 16: ENTENDENDO O CÁLCULO DA VARIAÇÃO DO CUSTO MÉDICO-HOSPITALAR



Diferente de índices que acompanham a variação do nível de preços, como o IPCA/IBGE, a análise do custo médico-hospitalar é resultado de uma combinação de dois fatores: frequência de utilização e preço médio dos serviços de saúde. Além disso, o VCMH/IESS considera uma ponderação por padrão de plano (básico, intermediário, superior e executivo), que possibilita uma mensuração mais precisa da variação do custo médico-hospitalar.

FIGURA 17: VARIAÇÃO DOS CUSTOS MÉDICOS-HOSPITALARES E DO IPCA



Fonte: IESS.



4. DESAFIOS DO SETOR

4.1. SUSTENTABILIDADE DO SETOR

Os gastos com saúde crescem mais do que os índices gerais de preço ao consumidor em todo o mundo. A elevada inflação médica é reflexo de, principalmente, três motivos: o **envelhecimento populacional**, a **incorporação de tecnologia** e o **desperdício**¹⁹.

4.1.1. IMPACTO DO ENVELHECIMENTO E POSSÍVEIS ALTERNATIVAS PARA A SUSTENTABILIDADE DO SETOR

Em 2010, o Brasil contava com 190,8 milhões de habitantes, sendo 11% de idosos (a partir de 60 anos de idade). Para 2030, a estimativa do IBGE é que o total de idosos atingirá 40,5 milhões de brasileiros, ou 19% da população de 216,4 milhões. Considerando que este é, justamente, o grupo etário que mais utiliza os serviços de saúde é fundamental medir o impacto do envelhecimento populacional para determinar a perenidade do setor.

Os gastos do setor de saúde suplementar somente com a assistência no país devem ultrapassar R\$ 80 bilhões em 2030 (valor em R\$ de 2010), o que representa um crescimento de mais de 35% em relação aos R\$ 59,2 bilhões despendidos pelas operadoras em 2010. Essa projeção considera apenas o crescimento do número de beneficiários de planos de saúde e, principalmente, do envelhecimento destes, ou seja, considera apenas a mudança do perfil etário dessa população, sem considerar, por exemplo, aumento de frequência de utilização ou incorporação de tecnologias. A estimativa faz parte de um estudo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) que considerou dois cenários para determinar os efeitos do envelhecimento da população no setor²⁰.

No primeiro cenário, baseado em amostras de planos individuais, as despesas das operadoras atingiriam R\$ 83,1 bilhões em 2030 e, em 2050, saltariam para R\$ 104,7 bilhões. Aumento de 40,4% e 76,9%, respectivamente, em relação aos gastos de 2010, que foram de R\$ 59,2 bilhões. Nessa amostra, o fator mais relevante para o incremento nos gastos foi a participação dos idosos, que saltou de 27%, em 2010, para 42% do total em 2030.

Já no segundo cenário, que considerou uma amostragem de operadoras de autogestão, a estimativa atingiu patamares ainda mais elevados, de R\$ 87,6 bilhões para 2030 e de R\$ 117,5 bilhões em 2050. Impulsos de 47,9% e 117,5%, respectivamente, em relação a 2010. Nessa amostra, a participação dos idosos na composição dos gastos das operadoras avança de 33%, em 2010, para 49% em 2030.

¹⁹ Health Care Cost: A primer, Disponível em: <http://kff.org/health-costs/report/health-care-costs-a-primer/>

²⁰ Estudo na íntegra está disponível em: <http://www.iess.org.br/html/1apresentao.pdf>.

TABELA 1: PROJEÇÃO DOS GASTOS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE E DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS (EM MILHÕES) NA SAÚDE SUPLEMENTAR, EM 2010, 2030 E 2050

Ano	Gasto total (R\$ bi) (em valores de 2010)		nº beneficiários (em milhões)
2010	59,2		43,8
2030	83,1	87,6	51,0
2050	104,7	117,5	51,3
Variação 2010-2030	40,4%	48,0%	16,4%
Variação 2010-2030	76,9%	98,5%	14,6%

Fonte dos dados básicos: amostra de autogestão e de planos individuais. Valores em R\$ de 2010. Elaboração: IESS.

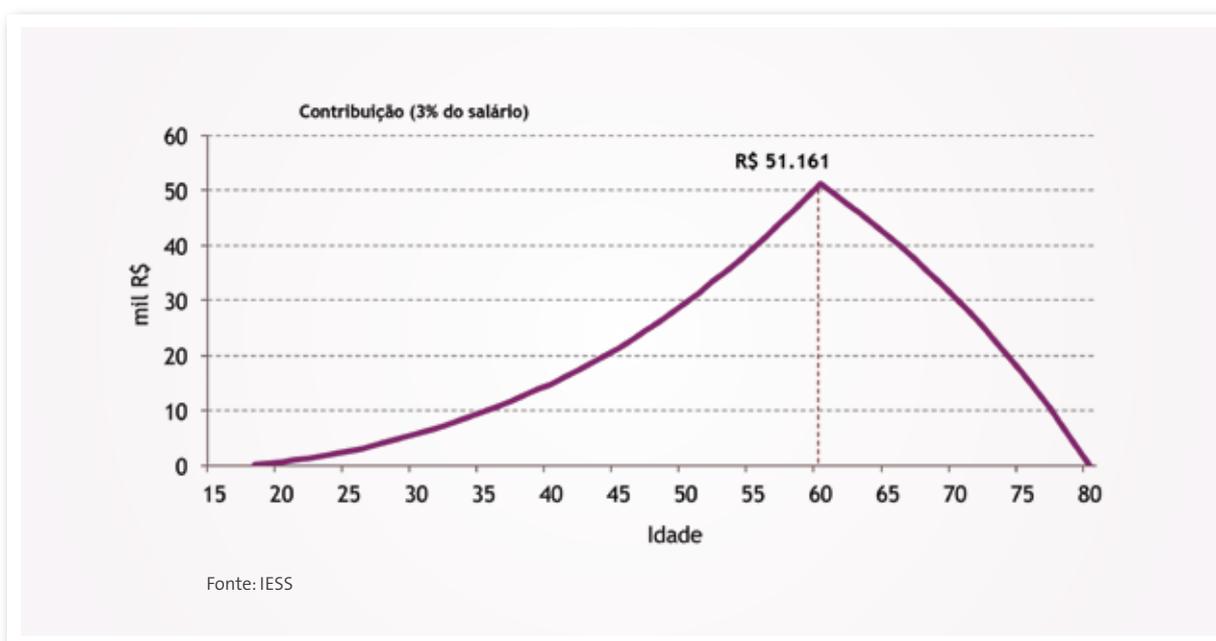
Entretanto, o “pacto intergeracional”, sistema pelo qual os jovens subsidiam os planos dos idosos, está sendo posto em cheque. Entre 2020 e 2025, segundo as previsões do IBGE, se encerrará o bônus demográfico – período em que a população em idade economicamente ativa é maior do que a da população dependente – e haverá cada vez menos pessoas em idade ativa para subsidiar a crescente população de idosos. Isso implicará em mensalidades mais elevadas em todas as faixas etárias. É possível, contudo, imaginar alternativas para financiar esses gastos. Os modelos abaixo são exemplos do que poderia ser feito:

- **Saúde-Previdência** – plano de acumulação semelhante aos planos VGBL/PGBL em que recursos das épocas de alta remuneração e baixo gasto com saúde poderiam ser reservados para os tempos de menor renda e maiores gastos, auxiliando no custeio do plano durante períodos de desemprego ou na aposentadoria.
- **Planos combinados com poupança e franquia** – a franquia poderia baratear as mensalidades e, se não fosse utilizada em determinado ano, ficaria acumulada na conta de poupança. Por exemplo, uma pessoa faz um plano de saúde e, os primeiros R\$ 500 reais no período de um ano, com qualquer que seja o procedimento, é feito por desembolso dessa pessoa. Se no período de um ano esse valor não foi gasto por completo, a diferença vai para uma poupança e ele acumula esse valor. Esse mecanismo incentiva o indivíduo a gerir melhor tanto sua saúde quanto suas finanças, pois o uso perdulário de serviços médicos reduziria o saldo da conta e a avareza na utilização poderia agravar a doença e gerar gastos mais elevados no futuro.

Adicionalmente, poderia haver isenção fiscal para a parcela da receita destinada a custear serviços de saúde ou mensalidades dos planos e devem ser entendidos como complementares ao plano ou seguro de saúde. Além dos benefícios para o contratante desses planos, a formação de poupança contribuiria para elevar o nível total de poupança do país, que é importante para elevar o nível de investimentos.

Com uma contribuição de 3% de sua remuneração, por exemplo, uma pessoa que comece a trabalhar aos 20 anos com rendimento de R\$ 510, atinja o salário máximo de R\$ 1.870 e se aposentasse ganhando R\$ 1.361 aos 60 anos teria contribuído com R\$ 15 por mês no começo da carreira, R\$ 56 quando ganhasse seu melhor salário e R\$ 40 quando se aposentasse. Considerando uma taxa de juros real de 4% ao ano, já descontada a inflação, o valor acumulado em 40 anos seria de R\$ 51,2 mil. O suficiente para cobrir R\$ 262, ou 44%, de um plano mensal de R\$ 600 por 25 anos. O que comprova a eficácia do modelo.

FIGURA 18: EXEMPLO DE ACUMULAÇÃO DE RESERVAS FINANCEIRAS PARA UTILIZAÇÃO COM SAÚDE



- **Promoção à saúde** – frente a esta realidade, é vital que os profissionais de saúde e o setor como um todo iniciem um processo de reorientação dos modelos assistenciais, com foco em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Nesse sentido, estimular a prática de atividades físicas, o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis e o fim do tabagismo são missões tão importantes quanto cuidar para que os sintomas e as consequências de doenças crônicas já desenvolvidas por um indivíduo sejam evitados ou, ao menos, postergados.

4.1.2. INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS DE SAÚDE

O avanço tecnológico é inexorável, contudo, ao contrário do que se possa pensar, nem sempre as novas tecnologias são mais efetivas que as anteriores, ao menos no setor de saúde. E como a incorporação de novas tecnologias no setor nem sempre vem acompanhada da substituição das antigas, quase sempre significam um aumento de custos.

Hoje há, por exemplo, exames de imagens tiradas por Raio-X, uma tecnologia de 1895, e outros feitos por pet-scan, uma tecnologia de 1961, sem que um substitua o outro. Ainda, além do custo dos novos equipamentos, há também o custo do profissional, que precisa aprender a operar um número crescente de equipamentos.

Apesar de novas tecnologias surgirem em ritmo crescente, são necessários certos cuidados antes de incorporá-las às redes de atendimento. Para o SUS, o Ministério da Saúde possui um departamento que avalia as questões de segurança para o paciente e a relação custo/efetividade antes de incorporar uma nova tecnologia. No setor de saúde suplementar, a incorporação de novas tecnologias ocorre conforme a atualização do rol de procedimentos obrigatórios da ANS. Um processo que antes de ser concluído é avaliado por um grupo de técnicos das operadoras de planos de saúde e da ANS e, então, é submetido à avaliação da sociedade por meio de consulta pública.

4.1.3. DESPERDÍCIO NOS GASTOS DE SAÚDE

Diversos estudos²¹ reportam que os gastos desnecessários representam até 30% do dispêndio total com saúde nos Estados Unidos. Esse desperdício está relacionado às distorções observadas no mercado de bens e serviços de saúde, principalmente às falhas assistenciais, de coordenação e de precificação, ao uso desnecessário, à complexidade administrativa e às práticas fraudulentas e abusivas.

Em uma revisão bibliográfica realizada pelo IESS, estudos estimam que os gastos anuais do sistema de saúde norte-americano com eventos adversos preveníveis relacionados à falhas assistenciais estejam entre US\$ 17 e US\$ 28 bilhões. Em relação às falhas na formação de preços de procedimentos de saúde esses valores são de US\$ 36 bilhões, com medicamentos de US\$ 9 a US\$ 36 bilhões; órteses, próteses e matérias especiais, US\$ 5 bilhões.

Há, também, desperdícios relacionados à complexidade da estrutura administrativa, que consome anualmente de US\$ 168 bilhões a US\$ 180 bilhões; ao uso desnecessário e em demasia de tratamentos, consultas, medicamentos, exames etc., que consome entre US\$ 158 bilhões e US\$ 226 bilhões por ano; ao uso do pronto-socorro em situações não emergenciais, devido à falha de coordenação do sistema, que consome anualmente de US\$ 21,4 bilhões a US\$ 24,4 bilhões; e às fraudes e práticas abusivas, que, estima-se, consomem aproximadamente US\$ 80 bilhões anuais.

QUADRO 4: ESTIMATIVAS ANUAIS DE GASTOS DESNECESSÁRIOS NO SISTEMA DE SAÚDE AMERICANO

Fontes de desperdício	Estimativas
Falhas assistenciais	US\$ 17 bi a US\$ 28 bi
Falhas na formação de preços	
procedimentos de saúde	US\$ 36 bi
medicamentos	US\$ 9 bi a US\$ 36 bi
órteses, próteses e matérias especiais	US\$ 5 bi
Complexidade da estrutura administrativa	US\$ 168 bi a US\$ 180 bi
Uso desnecessário	US\$ 158 bi a US\$ 226 bi
Falha de coordenação do sistema	US\$ 21,4 a US\$ 24,4 bi
Fraude e práticas abusivas	US\$ 80 bi

²¹ Berwick e Hackbarth (2012); Health Care Costs A Primer (2012); Delaune e Everett (2008); Yong, Saunders e Olsen (2010).

Se algumas medidas, consideradas efetivas na redução dos gastos excessivos, fossem implementadas, esse gasto desnecessário poderia ser reduzido. Dentre elas destacam-se:

- Desenvolvimento e implementação de protocolos assistenciais;
- Utilização da tecnologia da informação;
- Simplificação e padronização de processos administrativos;
- Estímulo à concorrência e à transparência de preços e resultados;
- Integração dos diversos níveis de assistência, principalmente no que se refere ao compartilhamento de informações assistenciais;
- Atuação punitiva da justiça contra as práticas abusivas e fraudulentas no sistema de saúde.

4.2. APRIMORAMENTO DO ACESSO E DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Garantir o acesso rápido aos serviços de saúde assegurados pela contratação de um plano é uma das obrigações das operadoras. Ainda que não existam parâmetros técnicos para determinar a estrutura mínima necessária para atender aos beneficiários, diversas medidas foram tomadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para tornar mais célere e eficiente o acesso dos beneficiários a consultas, exames e outros procedimentos.

As principais são:

- A divulgação da rede assistencial no site da operadora (RN285);
- A instituição do Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, que objetiva mostrar aos beneficiários os diferentes níveis de qualidade entre as prestadoras (RN 277);
- A implantação do Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS), que fomenta melhorias de desempenho dos prestadores de serviços assistenciais (RN 275); e
- A definição de prazos máximos para agendamento e execução de consultas, exames, cirurgias e outros procedimentos (RN 259).

4.3. O RESSARCIMENTO AO SUS

Apesar de a Constituição Federal garantir o acesso universal à saúde, a lei nº 9.656/98 determina, por meio do artigo 32, que as operadoras de planos de saúde devem ressarcir o SUS sempre que este atender às pessoas que possuem planos de saúde. Essa determinação, contudo, é alvo da Ação Direta de Inconstitucionalidade número 1.931 que ainda aguarda a avaliação do Supremo Tribunal Federal (STF).

Enquanto não há uma decisão final, cabe à ANS verificar a lista de todos os usuários do SUS, identificar aqueles que têm plano de saúde (excluindo os homônimos, pessoas cujo nome é idêntico ao de um beneficiário), averiguar junto às operadoras a cobertura do plano (já que não há a obrigação de ressarcimento para casos em que o atendimento não esteja previsto no contrato, como em partos realizados para beneficiários de planos sem obstetrícia, ou caso o beneficiário ainda esteja no período de carência) e cobrar os valores devidos.

Um processo complexo e demorado que demanda gastos com recursos humanos e investimentos em Tecnologia da Informação (TI), mas que dificilmente se paga. De setembro de 1999 a junho de 2006, a ANS listou 992,1 mil atendimentos de beneficiários de planos de saúde realizados pelo SUS. Destes, apenas 473,5 mil, menos da metade, eram casos em que o ressarcimento era necessário. No total, o valor devido por todas as operadoras totalizou R\$ 652 milhões, o que representa apenas 0,13% das despesas totais do SUS no período (R\$ 491 bilhões). Por fim, ao término de todo esse processo, as operadoras e a ANS tiveram um aumento no custo administrativo de suas operações e o governo gastou mais para viabilizar a arrecadação do que o montante efetivamente recolhido²².

4.4. AGENDA REGULATÓRIA DA ANS - 2013-2014

Assim como as demais agências reguladoras no Brasil, a ANS é uma autarquia de natureza especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de recursos humanos e técnicos. Criada em 2000, pela lei 9.961, a ANS é responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades relativas à assistência suplementar à saúde. Possui competência legal para expedir normas jurídicas referentes ao setor em que atua, intervindo para garantir o equilíbrio entre os interesses das empresas e dos cidadãos.

A atividade regulatória da ANS segue uma agenda bianual definida pela Câmara de Saúde Suplementar, um órgão consultivo formado por representantes de diversos segmentos da sociedade, e ratificada após consulta pública. Essa agenda visa garantir transparência e previsibilidade na atuação da agência, permitindo, inclusive, que as operadoras antevejam e se preparem para as novas normas.

A primeira agenda regulatória da ANS teve 93% de suas metas cumpridas ao longo do biênio 2011/2012. Para o biênio 2013/2014, foram estabelecidos sete eixos temáticos:

- **Garantia de acesso e qualidade assistencial** – Visa assegurar a qualidade do cuidado e o acesso oportuno e adequado aos serviços de saúde contratados;
- **Sustentabilidade do setor** – Busca o equilíbrio econômico-financeiro e a qualificação da gestão das operadoras de planos de saúde;
- **Relacionamento entre operadoras e prestadores** – Visa minimizar conflitos no relacionamento entre operadoras e prestadores, resultando em maior qualidade na assistência;
- **Incentivo à concorrência** – Foco na estrutura concorrencial e produtiva da saúde suplementar de forma a gerar maior eficiência no setor;
- **Garantia de acesso à informação** – Visa fortalecer a capacidade de escolha do consumidor e a qualificação da relação entre operadoras e beneficiários;
- **Integração da saúde suplementar com o SUS** – Tem por objetivo aperfeiçoar o processo de ressarcimento ao SUS e promover a integração das informações de saúde, ampliando a efetividade do cuidado;
- **Governança regulatória** – Visa a melhoria da qualidade regulatória e o aprimoramento da gestão institucional da ANS.

²² Mais informações sobre o Ressarcimento ao SUS pode ser obtidas no Texto de Discussão nº 39 “Principais Pontos do Ressarcimento ao SUS”, disponível em: <http://www.iess.org.br/html/TDIES00392010Ressarcimento.pdf>

4.5. NOVAS FORMAS DE REMUNERAÇÃO E DE FINANCIAMENTO

Em todo negócio, garantir a viabilidade financeira da atividade e a perenidade da empresa são questões vitais. No setor de saúde suplementar não é diferente.

Atualmente, o modelo de remuneração predominante no setor é o “fee-for-service”, baseado no pagamento unitário de cada procedimento oferecido ao beneficiário. Esse modelo é operacionalmente simples, mas não permite um controle rigoroso dos custos e de qualidade da assistência, visto que estimula a sobreutilização de serviços, especialmente os mais caros, que nem sempre são os mais efetivos ou, ainda, os mais indicados para a condição clínica do paciente.

Há, entretanto, algumas alternativas²³:

- **Remuneração Global por Evento** – o sistema conhecido como “remuneração por pacotes” estabelece um preço único para um conjunto de serviços, facilitando o faturamento de contas médicas e diminuindo a burocracia. Esse modelo é ideal para procedimentos já consolidados, padronizados e com pouca variabilidade. Como contraponto, exige um ajuste de risco, para evitar a seleção de casos por parte dos prestadores, já que o preço seria o mesmo para tratar um caso simples e outro mais grave;
- **Grupos Relacionados por Diagnóstico (DRG)** – modalidade semelhante à remuneração por “pacotes”, sendo o valor pago ao prestador ponderado pela gravidade do estado de saúde do paciente e a dificuldade do tratamento. Considera as comorbidades e a composição dos casos, acrescentando os diagnósticos secundários à solicitação inicial. Para ser efetivo, contudo, é necessário um aperfeiçoamento das coletas de estatísticas;
- **Capitação** – a remuneração é feita mensalmente por usuário do estabelecimento de saúde, independentemente dos procedimentos utilizados por ele. Essa modalidade tende a aumentar o acesso dos beneficiários ao sistema de saúde (capitação de novos pacientes) e estimular ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, que tornam a prestação de serviços curativos menos frequente e onerosa.
- **Pagamento por Desempenho (P4P)** – sistema em que os prestadores são remunerados de acordo com seus indicadores de desempenho e eficiência, estimulando o investimento em qualidade dos serviços e segurança do paciente. A desvantagem é de que alguns procedimentos podem ser adotados simplesmente para se bater metas, sem que o paciente realmente necessite daquela intervenção;
- **Conta Aberta Aprimorada²⁴** – é o modelo recomendado para procedimentos hospitalares em que há dificuldade de padronização dos insumos e serviços consumidos. Reduz a burocracia, facilitando a emissão das contas e o recebimento do pagamento, além de simplificar o trabalho de auditoria e reduzir os custos com as transações entre operadoras e prestadores de serviços; e,
- **Pagamento por Procedimento Gerenciado²⁵** – neste sistema estabelece-se um preço global por procedimento, de acordo com os insumos utilizados para sua produção (como medicamentos, materiais etc) , agilizando e racionalizando a cobrança e o pagamento. Esse modelo difere da remuneração global por evento porque é fundamentada em protocolos, diretrizes clínicas e consenso de especialistas. Ou seja, enquanto o sistema de “pacotes” considera a média dos preços praticados, o Pagamento por Procedimentos Gerenciado considera a fundamentação técnica.

²³ Mais informações disponíveis em <http://www2.eptic.com.br/sgw/data/bib/artigos/56bc62c33a1ad2d1ob6592f4afce7ef3.pdf>

²⁴ Mais informações em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/conta%20aberta%20aprimorada.pdf>

²⁵ Mais informações em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/procedimento%20gerenciado.pdf>



5. DIREITOS E RESPONSABILIDADES DO BENEFICIÁRIO

É fundamental que o beneficiário de plano de saúde conheça seus direitos e responsabilidades. Como o mercado de planos de saúde está baseado no mutualismo, cada beneficiário tem participação ativa no equilíbrio do seu plano. Por isso, quanto maior o nível de informação e conscientização do indivíduo, maior sua contribuição para a expansão da qualidade e do acesso aos serviços de saúde.

5.1. DIREITOS DOS BENEFICIÁRIOS

A Lei 9.656/98 e resoluções normativas da ANS garantem diversos direitos aos beneficiários de plano de saúde, alguns deles apresentados no Quadro 5.

QUADRO 5: QUADRO-RESUMO DOS DIREITOS DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE

DIREITO À INFORMAÇÃO	DIREITOS DE CONTRATO
Segundo os princípios da Lei 9.656/98 e das resoluções normativas (RN) 195/2009, 285/2011, 309/2012 e 319/2013	Segundo os princípios da Lei 9.656/98 e das resoluções normativas 197/2009 e 254/2011
Receber esclarecimentos sobre a não cobertura e quaisquer limitações ou exclusões em seu plano	Utilizar a cobertura prevista em contrato, adaptar ou migrar de planos (apenas para planos não regulamentados)
Ter acesso a informações corretas e precisas sobre o seu contrato e a legislação que o regulamenta, pelo seu corretor, empregador, associação ou entidade de classe ou, ainda, da operadora do plano de saúde	Ser reembolsado das despesas médicas e hospitalares, de acordo com o plano contratado, quando utilizar médicos que não são da rede referenciada
Ter acesso às informações sobre a rede referenciada qualificada e os serviços garantidos	Receber o cartão de identificação
Receber explicações de seu plano de saúde sobre procedimentos autorizados e não autorizados	Realizar procedimentos médicos na rede credenciada à operadora de saúde da qual contratou o plano
Receber informação da rede referenciada qualificada se solicitado, no ato do atendimento, sobre quais serviços e procedimentos foram realizados e, portanto, serão cobrados de seu plano de saúde	Realizar procedimentos não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, mas previstos em contrato (apenas para planos regulamentados ou adaptados)
Ser informado com 30 dias de antecedência caso a operadora decida substituir um hospital credenciado por outro equivalente, exceto em casos de fraude, infração sanitária ou fiscal por parte do estabelecimento	Formalizar reclamações ou denúncias pelos canais de atendimento ao beneficiário, seja na operadora, na ANS ou em órgãos de defesa do consumidor
Ser informado pelo profissional de saúde, quando for utilizar um tratamento ou procedimento experimental, não coberto pelo seu plano	Ter consultas, exames e cirurgias agendados pela operadora e realizados pela rede credenciada no prazo máximo definido pela Resolução Normativa 259 da ANS (consulte o site www.ans.org.br para verificar o prazo máximo de cada procedimento)
Ser informado quando um profissional ou estabelecimento (exceto hospital) for descredenciado	Realizar os procedimentos médico-hospitalares ou odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, de acordo com o tipo de plano contratado (apenas para planos regulamentados ou adaptados)
Obter informações sobre coparticipações e taxas que são de sua responsabilidade	Ter a opção de adaptação do contrato, se for possuidor de plano de saúde anterior à Lei 9656

5.2. RESPONSABILIDADES DOS BENEFICIÁRIOS

Além de direitos, os beneficiários têm algumas responsabilidades que garantem o bom funcionamento do plano de saúde, resumidas no Quadro 6.

QUADRO 6: QUADRO-RESUMO DAS RESPONSABILIDADES DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE

<p>SOBRE O CONTRATO</p> <ul style="list-style-type: none">• Tomar ciência do conteúdo do contrato e solicitar esclarecimento à operadora sobre os tópicos que não entender; e• Confirmar com a operadora de seu plano se o contrato prevê a cobertura de tratamento quando esse for indicado por um profissional de saúde.	<p>SOBRE A ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR E ODONTOLOGICA</p> <ul style="list-style-type: none">• Antes:<ul style="list-style-type: none">□ Certificar-se de que os procedimentos estão devidamente autorizados antes da realização de cada tratamento; e□ Confirmar, antes de qualquer atendimento, se o prestador de serviço é da rede da operadora.• Durante:<ul style="list-style-type: none">□ Fornecer informações corretas, completas e verdadeiras sobre seu estado de saúde para os médicos e outros profissionais de saúde responsáveis pelo tratamento, bem como à operadora; e□ Informar aos profissionais de saúde quando não compreender o tratamento indicado.• Depois:<ul style="list-style-type: none">□ Tomar os remédios, na dose indicada e durante o período estabelecido pelo médico;□ Informar ao médico imediatamente quando tem problemas ou sintomas inesperados;□ Não usar qualquer medicamento apenas por vontade própria ou conselhos de amigos e parentes;□ Apresentar recibos originais e outros documentos para reembolso de procedimentos efetivamente realizados;□ Retirar os exames realizados dentro do prazo estabelecido pela clínica ou laboratório; e□ Guardar os exames realizados e, se necessário, levá-los ao médico novamente, pois vários exames têm um longo prazo de validade, sendo possível utilizá-los mais de uma vez.
<p>SOBRE O BOM FUNCIONAMENTO DO PLANO DE SAÚDE</p> <ul style="list-style-type: none">• Comunicar à operadora do plano de saúde situações que possam indicar fraudes ou que possam prejudicar o plano;• Pagar a mensalidade até a data de vencimento, a fim de evitar sua exclusão ou cancelamento do plano;• Comunicar o cancelamento ou remarcar consultas quando não puder comparecer a estas; e• Não emprestar o cartão de identificação à outras pessoas (prática considerada fraude e passível de punição conforme previsto em lei).	

Fonte: Carta dos direitos dos usuários da saúde (2011); Guia Prático – ANS 2013; Manual de orientação para contratação de planos de saúde – ANS – RN195/2009.

5.3. USO CONSCIENTE

É importante que cada beneficiário tenha um médico de confiança, que já conheça o histórico clínico do beneficiário e os medicamentos usados no seu dia a dia, viabilizando que o diagnóstico e o tratamento sejam feitos de forma mais adequada.

É importante também que o beneficiário mantenha um comportamento preventivo, de forma que a prioridade seja a manutenção da sua saúde e não simplesmente o tratamento de uma doença. Ao fazer o acompanhamento de rotina, o beneficiário garante a revisão periódica de seu estado de saúde por meio do aconselhamento médico e da realização de exames diagnósticos adequados ao seu perfil de risco, seu histórico familiar e de saúde e hábitos de vida.

6. COMO FUNCIONAM OS PLANOS DE SAÚDE

O plano de saúde é um contrato privado de prestação de serviços por prazo indeterminado, que tem a finalidade de garantir, sem limite financeiro, o acesso a uma rede assistencial referenciada ou contratada (formada por clínicas, hospitais, laboratórios e demais serviços previstos no contrato, de acordo com as normas da ANS), ou, ainda, a estabelecimentos de saúde livremente escolhidos pelo beneficiário mediante reembolso.

A Operadora de Plano de Saúde (OPS) é a pessoa jurídica, obrigatoriamente registrada na ANS, que opera ou comercializa planos privados de assistência à saúde. De acordo com sua natureza jurídica, as OPS's podem ser classificadas em sete modalidades: Seguradoras Especializadas em Saúde, Medicina ou Odontologia de Grupo, Cooperativas Médicas ou Odontológicas, Autogestões e Filantrópicas; todas sujeitas às mesmas regras de cobertura assistencial.

Os contratantes de seguros ou planos de saúde podem ser pessoas físicas ou jurídicas, sendo o beneficiário do contrato a pessoa física, titular ou dependente que usufrui dos serviços de saúde nele estabelecidos. Assim, como em qualquer outro tipo de seguro, a celebração de plano de saúde cria direitos e deveres para ambas as partes. Os segurados, mediante pagamento de uma mensalidade às operadoras, obtêm para si e/ou para beneficiários o direito à assistência à saúde, conforme previsto em contrato. Os valores das mensalidades são calculados conforme o risco do beneficiário. No Brasil, a lei que regulamenta os planos de saúde não permite discriminar esses valores conforme sexo, existência de doença antes do contrato ou outras características do beneficiário que influenciem no padrão de utilização do serviço contratado. O único atributo individual para a discriminação de preços previsto em lei é a idade. Os beneficiários de planos são divididos em dez faixas etárias, sendo que o valor fixado para a última faixa não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira. Além disso, a variação acumulada entre a 7ª e a 10ª faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª e a 7ª faixa. Mais detalhes dessa discriminação de preços por faixas etárias estão descritos no Quadro 7.

QUADRO 7: REGRAS DE PREÇOS DE MENSALIDADES DE PLANOS DE SAÚDE POR FAIXA ETÁRIA

	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:	10 faixas:
	0 a 17	0 a 18
	18 a 29	19 a 23
	30 a 39	24 a 28
	40 a 49	29 a 33
	50 a 59	34 a 38
	60 a 69	39 a 43
	70 mais	44 a 48
		49 a 53
		54 a 58
	59 ou mais	
Outras regras	• Não poderá haver variação na contraprestação pecuniária para usuário com mais de 60 anos de idade, que participe de um plano há mais de 10 anos	• A variação acumulada entre a 7ª e a 10ª faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª e a 7ª faixas

6.1. PLANOS REGULAMENTADOS, NÃO REGULAMENTADOS E ADAPTADOS OU MIGRADOS

Os planos de saúde podem ser categorizados em:

- **Regulamentados** – planos contratados após 1º de janeiro de 1999, quando entrou em vigor a lei 9.656/98. Possuem normas claras em relação à obrigatoriedade de cobertura constantes no rol de procedimentos e reajustes anual e por faixa etária, entre outras;
- **Não regulamentados** – são aqueles firmados antes de 1º de janeiro de 1999 e que, portanto, são rígidos exclusivamente pelo contrato; e,
- **Adaptados ou migrados** – planos contratados antes da lei 9.656/98 entrar em vigor, mas que passaram a seguir as normas dos planos regulados após adaptação ou migração desse contrato por meio de um novo contrato ou termo de ajuste.

Como os contratos de planos não regulamentados não apresentam um padrão para cobertura e reajustes, são justamente os beneficiários desses planos que mais movem ações judiciais contra as operadoras. Visando reduzir a judicialização, a ANS tem incentivado a adaptação e migração dos planos antigos (não regulados) para se adequarem às novas normas vigentes.

6.2. TIPOS DE COBERTURA ASSISTENCIAL

A cobertura assistencial se dá por segmento ou pelo plano de referência. De acordo com a lei 9.656/98, as coberturas assistenciais previstas estão descritas a seguir:

- **Ambulatorial** – cobre os atendimentos e procedimentos realizados em consultórios ou ambulatorios (consultas, exames e algumas terapias) que são listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Não inclui internação hospitalar ou procedimentos de diagnóstico ou terapia que necessitem de internação por mais de 12 horas, serviços de recuperação anestésica, unidade de tratamento intensivo (UTI) ou similar;
- **Hospitalar sem obstetrícia** – garante a prestação de serviços à saúde em regime de internação hospitalar, com exceção da atenção ao parto. A acomodação pode ser em enfermaria ou apartamento;
- **Hospitalar com obstetrícia** – garante a prestação de serviços à saúde em regime de internação hospitalar, inclusive a atenção ao parto com cobertura de procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e cobertura do recém-nascido, bem como o direito de sua inclusão no plano em até 30 dias após o nascimento sem cumprimento do período de carência;
- **Odontológica** – segmentação assistencial de plano de saúde que garante assistência odontológica; e,
- **Plano referência** – padrão de assistência médico-hospitalar que conjuga a cobertura ambulatorial, hospitalar com obstetrícia. A lei estabelece que as operadoras de planos médico-hospitalares devem, obrigatoriamente, oferecer o Plano Referência aos consumidores.

A lei permite que essas segmentações sejam combinadas entre si. Permite, ainda, a comercialização de planos com coberturas superiores às do Plano referência, inclusive, com a inclusão da cobertura para procedimentos não obrigatórios, como procedimentos estéticos. As operadoras podem, também, escolher prestadores de serviço, que além dos procedimentos básicos previstos em lei, ofereçam serviços diferenciados, como de hotelaria, por exemplo.

6.3. ROL MÍNIMO OBRIGATÓRIO DE PROCEDIMENTOS EM EVENTOS DE SAÚDE

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é uma lista dos serviços que devem ser cobertos pelos planos de saúde. A lista, contudo, pode variar de acordo com a segmentação do plano de saúde contratado - se hospitalar ou ambulatorial. Por exemplo, se o plano só oferece cobertura apenas hospitalar, ele não oferece exames diagnósticos realizados em ambulatório (sem necessidade de internação). O rol é atualizado a cada dois anos pela ANS, e os planos regulamentados devem, compulsoriamente, se adaptar à nova lista.

Para saber se determinado procedimento consta ou não do Rol de Procedimentos, a ANS disponibiliza uma ferramenta de pesquisa que pode ser acessada pelo link: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/1149-verificar-cobertura-de-plano#>

A listagem completa de procedimentos mínimos está disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/anexoi_na_integra_ling_simplificada.pdf

6.4. PRAZOS MÁXIMOS PARA ATENDIMENTO AOS BENEFICIÁRIOS

Com a publicação da Resolução Normativa (RN) n° 259, de 17 de junho de 2011, foram estabelecidos prazos máximos de atendimento aos beneficiários segundo serviços ofertados pelos planos de saúde.

Esses prazos são válidos para o atendimento em qualquer profissional ou estabelecimentos de saúde da rede conveniada ao plano, na especialidade necessária, e não para atendimento por um profissional ou estabelecimento específico, escolhido pelo consumidor.

Os prazos máximos de atendimento são apresentados no Quadro 8.

QUADRO 8: PRAZOS MÁXIMOS DE ATENDIMENTO SEGUNDO SERVIÇOS

Serviços	Prazo máximo de atendimento
	(em dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/ sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regime hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional

6.5. O QUE OS PLANOS NÃO SÃO OBRIGADOS A CUMPRIR?

Os planos de saúde não são obrigados a oferecer cobertura de procedimentos não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e, nesse caso, que também não estejam dispostos em contrato. Além disso, o artigo 10 da lei 9.656/98, posteriormente regulamentado pelas Resoluções Normativas (RN) 211/10 e 262/11 da ANS, estabelece alguns itens que não são de cobertura obrigatória pela plano. São eles:

- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental que empregue medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/regularizados no país;
- Tratamento considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO);
- Medicamento ou tratamento que não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- Inseminação artificial, incluindo a manipulação de oócitos e esperma, injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- Spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados (aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA);
- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar (aqueles prescritos para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde)
- Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC);
- Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- Tratamentos ilícitos, antiéticos ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; e,
- Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

6.6. TIPOS DE CONTRATAÇÃO

Há dois tipos de contratação de planos de Saúde: o individual ou familiar e o coletivo. O Quadro 9 apresenta as especificidades de cada tipo.

QUADRO 9: TIPOS DE CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL ou FAMILIAR	
Compreende a assistência à saúde de livre adesão de pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar.	
PLANO COLETIVO	
Compreende a assistência à saúde à massa populacional vinculada a uma pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, ou, ainda, o vínculo com a uma pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial. De acordo com o vínculo, o contrato pode ser:	
Coletivo empresarial - firmado entre a operadora e uma pessoa jurídica, tem como beneficiários a população vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia, societária ou estatutária, podendo o benefício se estender aos dependentes do mesmo;	Coletivo por adesão - também firmado entre a operadora e uma pessoa jurídica, permite a livre adesão das pessoas que mantenham com a pessoa jurídica um vínculo profissional, classista ou setorial, podendo o benefício se estender aos dependentes dos mesmos.

Fonte: Glossário Temático saúde suplementar (2012).

6.7. CARÊNCIA

Carência é o período de tempo ininterrupto, contado a partir da data de vigência do contrato, durante o qual o beneficiário paga as mensalidades, mas não tem acesso a determinadas coberturas.

O período de carência foi instituído pela lei 9.656/98 e tem o objetivo evitar o risco moral²⁶ do beneficiário do plano de saúde²⁷, que tende a onerar as operadoras e causar prejuízos aos demais beneficiários (como dificuldade de acesso)

Os prazos máximos de carência são:

- **Parto a termo** – 300 dias;
- **Cobertura dos casos de urgência e emergência** – 24 horas; e
- **Demais casos** – 180 dias.

Há, ainda, a Cobertura Parcial Temporária (CPT), que estabelece uma carência de até 24 meses para os eventos relacionados diretamente à doença ou lesão preexistente, de conhecimento do beneficiário. Essa medida evita que o beneficiário procure o plano de saúde apenas quando tiver alguma doença grave.

²⁶ A idéia de risco moral se refere à possibilidade de um agente econômico mudar seu comportamento após uma transação econômica ou contratação de um serviço. Um exemplo ilustrativo em planos de saúde é o comportamento daquelas pessoas que passam a visitar o médico com mais frequência, às vezes por motivos banais, justamente porque este serviço é financiado pelo plano.

²⁷ SILVA, Vinicius Rosa da. Os planos de saúde e sua regulamentação para os casos de doenças preexistentes. Jus Navigandi, Teresina, ano 15, n. 2597, 11 ago. 2010. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/17164>>. Acesso em: 28 fev. 2013.

6.8. PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

Para planos contratados após a Lei 9.656/98 ou adaptados a ela, é permitido ao beneficiário mudar de plano de saúde, na mesma operadora ou entre operadoras diferentes, sem ter que cumprir novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária. Isso é possível desde que os planos sejam de tipos compatíveis. Além disso, o beneficiário deve ter cumprido todo o período de carência do plano anterior. A portabilidade é regulada pela Resolução Normativa nº 186, de janeiro de 2009²⁸.

6.9. TIPOS DE REAJUSTES

O valor da mensalidade de um plano de saúde pode ser reajustado apenas por dois motivos: para a reposição da variação dos custos assistenciais (uma vez ao ano) e/ou devido à mudança de faixa etária. No primeiro caso, o reajuste, definido pela ANS, é aplicado no mês subsequente ao aniversário do contrato do plano, enquanto no segundo o reajuste é aplicado no mês de aniversário do beneficiário.

A mudança de faixa etária varia de acordo com a data da contratação do contrato, uma vez que a entrada em vigor do Estatuto do Idoso, em 1º de janeiro de 2004, obrigou as operadoras a revisar as faixas praticadas anteriormente. Por meio da RN nº 63/2003 da ANS, o total de faixas etárias passou de sete para dez, conforme a tabela abaixo. A mudança fez com que os planos regulamentados contratados antes de o Estatuto do Idoso entrar em vigor fossem regidos por uma regra e aqueles firmados após esta data, por outra.

QUADRO 10: FAIXAS ETÁRIAS DE REAJUSTES PRATICADAS ANTES E APÓS AO ESTATUTO DO IDOSO

Faixas etárias praticadas	
Antes do Estatuto do Idoso	Após o Estatuto do Idoso
0 a 17	0 a 18
18 a 29	19 a 23
	24 a 28
30 a 39	29 a 33
	34 a 38
40 a 49	39 a 43
	44 a 48
50 a 59	49 a 53
	54 a 58
60 a 69	59 ou mais
70 ou mais	

Fonte: ANS.

Os quadros a seguir indicam os reajustes adequados para cada tipo de contrato.

QUADRO 11: POLÍTICA DE REAJUSTE ANUAL PARA PLANOS INDIVIDUAIS E COLETIVOS

Tipo de Plano	Características do contrato	Índice de reajuste anual para reposição da variação dos custos assistenciais
Individuais/ familiares	Regulamentados	Definido pela ANS
	Adaptados	
	Não regulamentados sem reajuste previsto em contrato	Pode aplicar, no máximo, o índice definido pela ANS
	Não regulamentados com reajuste previsto em contrato	Prevalece o previsto em contrato
Coletivos	Com até 30 beneficiários	Todos os planos coletivos com menos de 30 beneficiários são agrupados e um reajuste único é calculado para o agrupamento, conforme regra prevista em contrato
	Com mais de 30 beneficiários	Prevalece o previsto em contrato

QUADRO 12: POLÍTICA DE REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA PARA PLANOS ANTERIORES E POSTERIORES À LEI 9.656/1998

Tipo de Plano	Contrato em relação ao Estatuto do Idoso	Índice de reajuste anual devido à mudança de faixa etária
Regulamentado	Firmado antes da vigência do estatuto do idoso	Divide os beneficiários em sete faixas etárias com reajuste previsto em contrato. Não pode haver reajuste para beneficiários com mais de 60 anos que participem do plano há mais de dez
	Firmado após a vigência do estatuto do idoso	Divide os beneficiários em dez faixas etárias com reajuste previsto em contrato. A variação acumulada entre a 7ª e a 10ª faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª e a 7ª faixa. Além disso, o valor cobrado dos beneficiários na última faixa etária não pode ser seis vezes superior ao cobrado daqueles na 1ª faixa
Não regulamentado	Indiferente	Prevalece o previsto em contrato ou, se a operadora assinou termo de ajuste de conduta, segue o reajuste determinado pela ANS

6.10. ADAPTAÇÃO E MIGRAÇÃO DE CONTRATOS

Os beneficiários que possuem planos contratados antes de 1º de janeiro de 1999 podem optar por adaptar seu contrato de forma a contemplar todo o sistema previsto na lei 9.656/98. Da adaptação do contrato à lei que rege os planos de saúde pode decorrer um percentual de aumento da contraprestação pecuniária, chamado ajuste de adaptação. A adaptação e migração de contratos está regulada pela RN nº 254, de 2011²⁹. A evolução do número de beneficiários de planos anteriores e posteriores à lei 9.656/98 pode ser observada em estudo do IESS³⁰.

6.11. COBERTURA PARA EX-FUNCIONÁRIOS

Ex-funcionários aposentados ou desligados sem justa causa podem, nas condições apresentadas no Quadro 13, manter o plano de saúde coletivo fornecido pela antiga empregadora desde que assumam o ônus da mensalidade.

Quadro 13: Condições para manter o plano coletivo fornecido pela antiga empregadora

Funcionários demitidos sem justa causa	Aposentados
O plano deve ser regulamentado ou adaptado	
O ex-funcionário deve ter contribuído no pagamento do plano de saúde e assumir integralmente as mensalidades após o desligamento da empresa	Cada ano de contribuição dá direito a um ano adicional no plano
Podem permanecer no plano por 1/3 do tempo que passaram como beneficiários dentro da empresa, respeitando o limite mínimo, de seis meses, e o máximo, de dois anos	Funcionários que contribuíram por dez anos ou mais podem manter o plano pelo tempo que desejarem

Se desejarem, esses os demitidos sem justa causa ou aposentados podem, também, exercer a portabilidade do seu contrato, ou seja, migrar para um plano individual ou coletivo por adesão sem ter de cumprir novas carências.

Os empregadores podem manter os aposentados e demitidos sem justa causa no mesmo plano dos empregados ativos ou fazer uma contratação exclusiva para estes, contanto que mantenham as mesmas condições de cobertura e rede do plano dos funcionários ativos. No primeiro caso, o reajuste anual do plano será o mesmo para funcionários ativos e para aqueles já desligados da empresa. No segundo, o plano dos funcionários demitidos sem justa causa e aposentados terá o índice de reajuste definido pelo conjunto de planos de cada um desses dois tipos que integram a carteira da operadora.

²⁹ http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1738

³⁰ Texto de Discussão nº 44 . Disponível em: <http://www.iess.org.br/html/TDIESS00442013RN254.pdf>





IESS
INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42
CEP 04534 004 - Itaim - São Paulo
Fone: (11) 3706.9747

www.iess.org.br