



SAÚDE SUPLEMENTAR

O QUE É? PARA QUE SERVE? A QUEM SE DESTINA?
ALGUMAS PROPOSTAS



SAÚDE SUPLEMENTAR

O QUE É? PARA QUE SERVE? A QUEM SE DESTINA?
ALGUMAS PROPOSTAS

INTRODUÇÃO

A Saúde Suplementar no Brasil é um setor que atende a mais de 60,1 milhões de beneficiários por meio de 1.420 operadoras de planos de saúde. É um setor muito bem avaliado, em que 80% das pessoas estão satisfeitas ou muito satisfeitas com seus planos de saúde, segundo pesquisa do IESS, encomendada ao Datafolha, de 2011.

A cadeia de saúde como um todo, pública e privada, representa 8,4% do PIB nacional e emprega cerca de 4,2 milhões de brasileiros. Estima-se que mais da metade do montante do PIB nacional da saúde é referente ao setor privado, alavancado pela Saúde Suplementar.

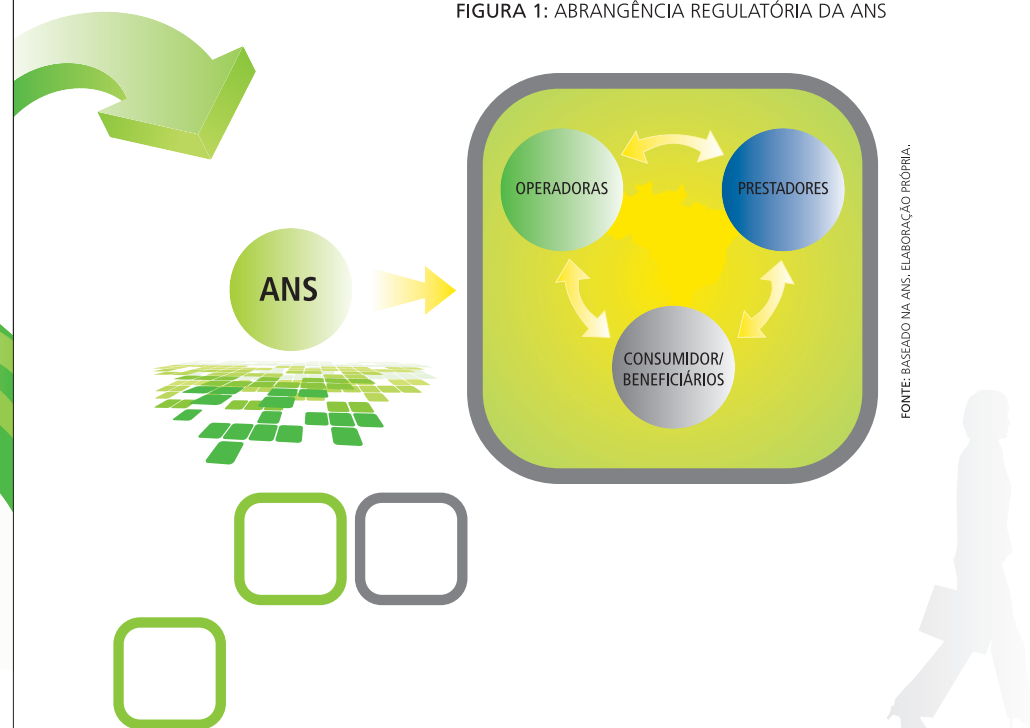
Este documento tem por objetivo apresentar o setor - como funciona, seu perfil, números, comparativos internacionais - e levantar alguns problemas atuais e algumas propostas.

Baseado em estudos produzidos pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e pelo IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar), este documento traz ainda, ao final, um glossário com informações que facilitarão o entendimento do material.

SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL



FIGURA 1: ABRANGÊNCIA REGULATÓRIA DA ANS



A Saúde Suplementar é composta por um expressivo número de operadoras de planos privados de assistência à saúde. Esse mercado está submetido à regulação pública específica desde junho de 1998, quando foi promulgada a Lei nº 9.656. Em 2000, a **Lei nº 9.961 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades relativas à assistência suplementar à saúde.

A ANS está vinculada ao Ministério da Saúde e possui autonomia administrativa, financeira, patrimonial, de recursos humanos e técnicos, com competência para regular as atividades das operadoras. Essa regulação envolve assuntos que se referem à cobertura assistencial e aos aspectos econômico-financeiros, bem como de fiscalização do mercado.

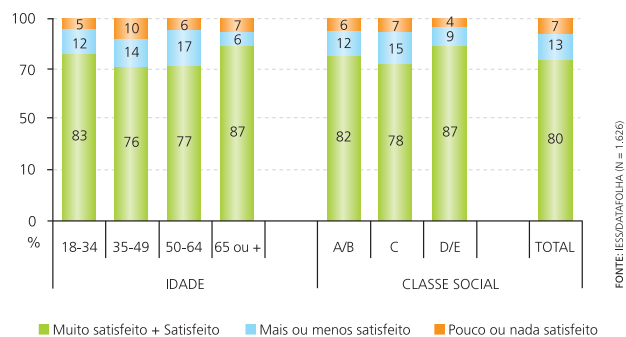
Como política nacional comum às agências regulatórias prevalece um diálogo com todos os agentes do setor previamente à publicação das normas, o que pode se dar por meio de Câmaras Técnicas ou Consulta Pública (em casos de assuntos mais relevantes para a sociedade) antes da redação final da norma a ser vigorada. O diálogo entre a agência e a sociedade, se bem aplicado, resulta em normas amplamente debatidas e na preparação do setor para sua implementação, o que fornece mais segurança para todo o setor.

A SAÚDE SUPLEMENTAR PELOS BENEFICIÁRIOS

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) encomendou uma pesquisa ao Instituto Datafolha com objetivo de mensurar a satisfação dos usuários de planos de saúde com o produto adquirido. A pesquisa foi realizada nas regiões metropolitanas de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Porto Alegre, Brasília e Manaus. Foram entrevistadas 1.626 pessoas que têm planos de saúde nas ruas, entre os dias 24 de janeiro e 04 de fevereiro de 2011.

Em relação à satisfação, 80% dos entrevistados estão muito satisfeitos ou satisfeitos com o seu plano de saúde. Essa satisfação é maior entre as pessoas mais idosas (65 anos ou mais) e mais jovens (18-34 anos) e entre aquelas da classe social mais baixa (D/E) (Figura 2).

FIGURA 2: SATISFAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA E CLASSE SOCIAL



IESS
INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A avaliação dos serviços de saúde utilizados nos últimos 12 meses também foi positiva. Entre os beneficiários entrevistados que utilizaram os serviços de exames, 94% relataram estar muito satisfeitos ou satisfeitos com o atendimento prestado. Quanto ao atendimento em internação, 91% dizem estar muito satisfeitos ou satisfeitos, e para consultas, 89%. No que se refere à agilidade de marcar consultas, 80% dos beneficiários entrevistados que utilizaram esse serviço nos últimos 12 meses se dizem muito satisfeitos ou satisfeitos.

Do total de beneficiários entrevistados, 95% tiveram todas as solicitações de serviços de saúde atendidas pelo plano de saúde.

O tempo médio em que as pessoas possuem algum plano de saúde (independente da operadora) foi de 13 anos (44% dos entrevistados possuem plano de saúde há mais de 10 anos), sendo que o tempo médio em que possuem o plano atual (da operadora contratada atualmente) foi de 7 anos (64% dos entrevistados possuem o plano atual há menos de 5 anos).

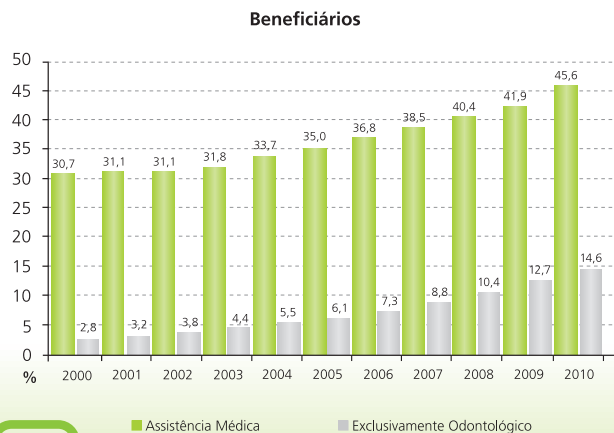


A SAÚDE SUPLEMENTAR EM NÚMEROS

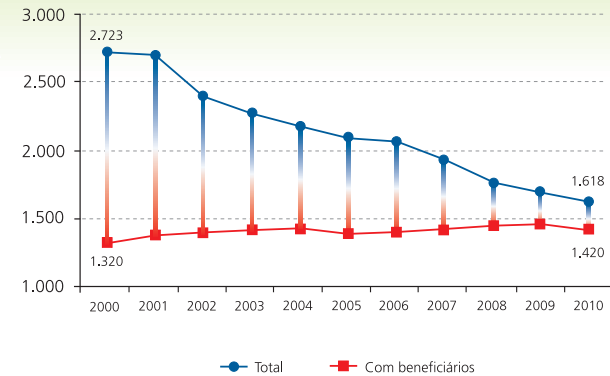
O setor de Saúde Suplementar reúne 1.420 operadoras de planos de saúde (médicas e odontológicas), com beneficiários, em atividade. Possui uma ampla rede de profissionais e estabelecimentos de saúde para atender a 60,1 milhões de beneficiários, sendo 45,6 milhões vinculados aos planos de assistência médica e 14,6 milhões vinculados aos planos exclusivamente odontológicos. Estima-se que as operadoras de planos de saúde sejam responsáveis por mais de 77 mil empregos diretos.

Conforme pode ser observado na Figura 3 o número de beneficiários de planos de saúde tem aumentado consideravelmente ao longo do tempo. Entre 2000 e 2010, o número de beneficiários de planos de assistência médica e exclusivamente odontológicos cresceu 48%. O número de operadoras com beneficiários cresceu 7,6% entre 2000 e 2010, entretanto o número total de operadoras caiu 40,6%, em decorrência do fechamento daquelas sem beneficiários. Esse decréscimo é positivo para o setor, que tem se consolidado e oferecido empresas que possam garantir segurança da assistência à saúde para os beneficiários de planos de saúde.

FIGURA 3: EVOLUÇÃO DOS NÚMEROS DO SETOR

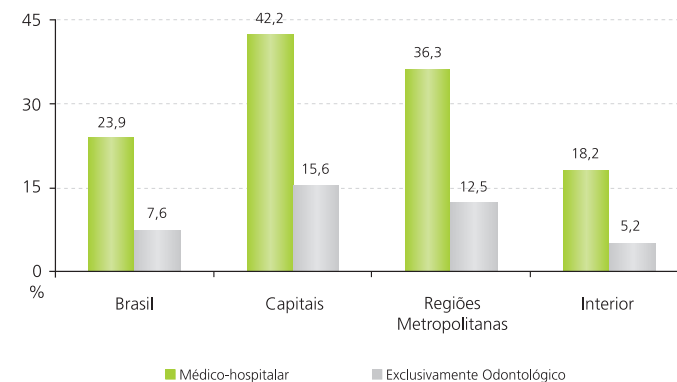


Operadoras



Segundo dados da ANS, **23,9% da população brasileira é coberta por planos de assistência médica**. Este percentual é de 42,2% nas capitais, de 36,3% nas regiões metropolitanas e de apenas 18,2% no interior. Para os planos odontológicos essa cobertura é ainda menor: 7,6% no Brasil, 15,6% nas capitais, 12,5% nas regiões metropolitanas e apenas 5,2% no interior.

FIGURA 4: TAXA DE COBERTURA DE PLANOS DE SAÚDE



RECEITAS E DESPESAS DAS OPERADORAS

Em 2010, o setor gastou mais de R\$ 58,4 bilhões em despesas assistenciais (R\$ 57,7 bilhões em planos médicos) e o total de receita de mensalidades foi de R\$ 72,5 bilhões (R\$ 71,1 bilhões apenas dos planos médicos).

FIGURA 5: EVOLUÇÃO DAS RECEITAS E DESPESAS ASSISTENCIAIS OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES E EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICAS

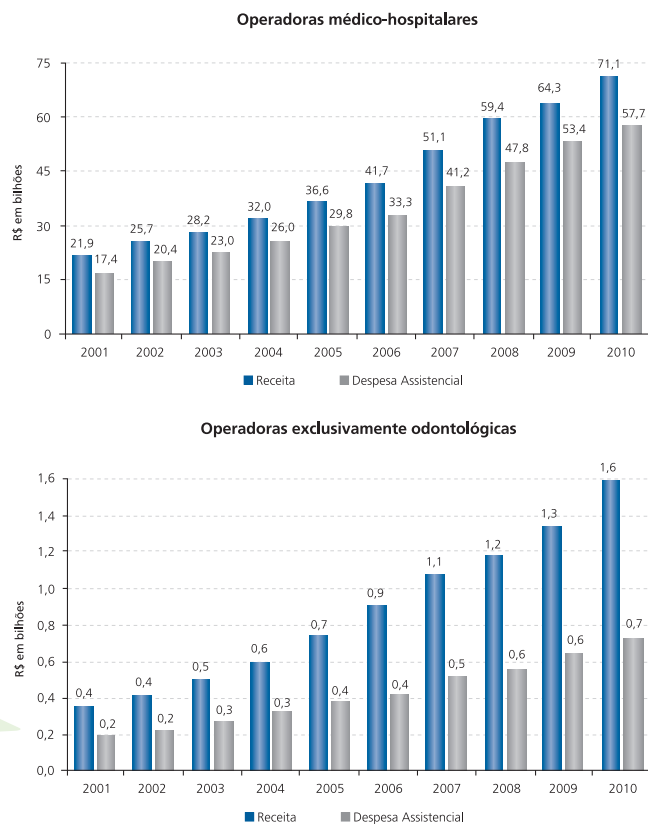
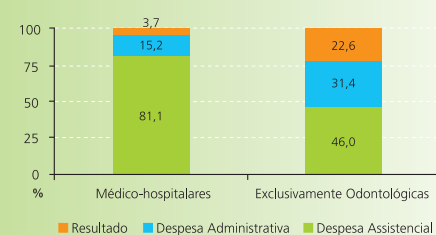
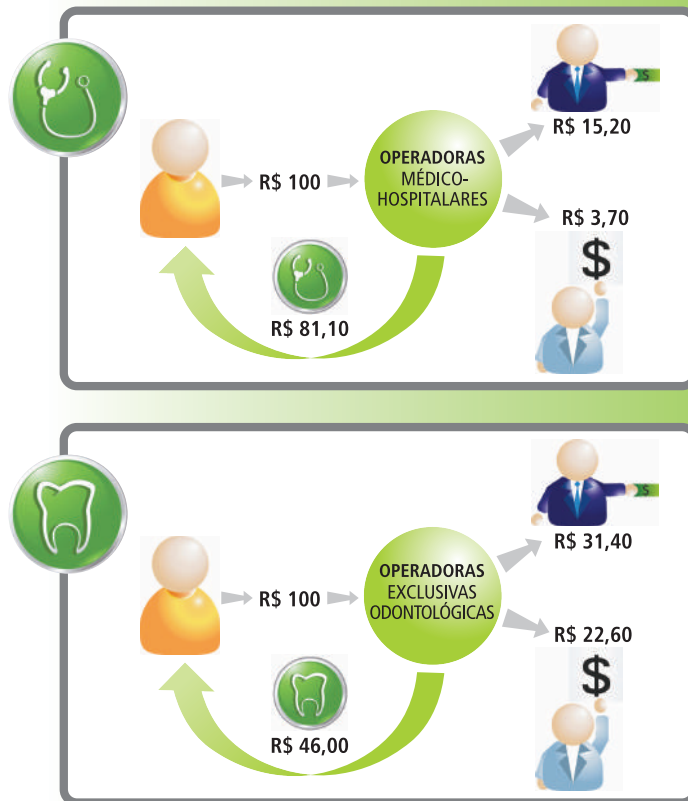


FIGURA 6: COMPOSIÇÃO DAS RECEITAS DAS OPERADORAS.



Em média, para cada R\$ 100,00 arrecadados nos planos médicos, as operadoras devolvem para os beneficiários R\$ 81,10 em forma de serviços, ou seja, a taxa de sinistralidade é de 81,1%. O restante arrecadado (R\$ 18,90) é dividido entre despesas administrativas (R\$ 15,20) e resultado das operadoras (R\$ 3,70). Nos planos odontológicos, para cada R\$ 100,00 arrecadados R\$ 46,00 são utilizados para custear as despesas assistenciais e o restante das receitas arrecadadas (R\$ 54,00) é dividido entre despesas administrativas (R\$ 31,40) e resultado das operadoras (R\$ 22,60). Figura 7.

FIGURA 7: FLUXO DAS RECEITAS E DESPESAS DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE



A Saúde Suplementar conta com uma **rede de atendimento de saúde** (incluindo serviços ambulatoriais, de internação, urgência e de diagnóstico e terapia) de 1 estabelecimento para cada 463 beneficiários, enquanto essa relação no sistema público é de 1 estabelecimento para cada 1.440 não beneficiários de planos de saúde. De acordo com os números de leitos disponíveis para os sistemas SUS e não-SUS, em setembro de 2010, há aproximadamente 2,3 leitos para cada 1.000 não beneficiários de planos, enquanto há 2,8 leitos para cada 1.000 beneficiários de planos de saúde.

Em 2009, o setor de saúde suplementar foi responsável por **223 milhões de consultas médicas**, uma média de 5,5 consultas médicas por beneficiário. Nesse período foram efetuadas **3,8 milhões de internações**, o que corresponde a uma média de 13 internações para cada 100 beneficiários.

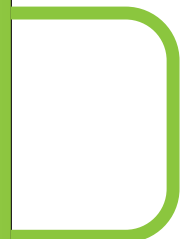
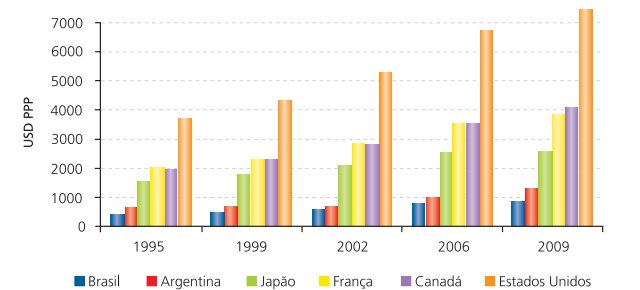


O CUSTO DO SETOR DE SAÚDE

A evolução dos gastos em saúde é afetada, entre outras, por variações econômicas, demográficas, sociais e culturais, próprias de cada país.

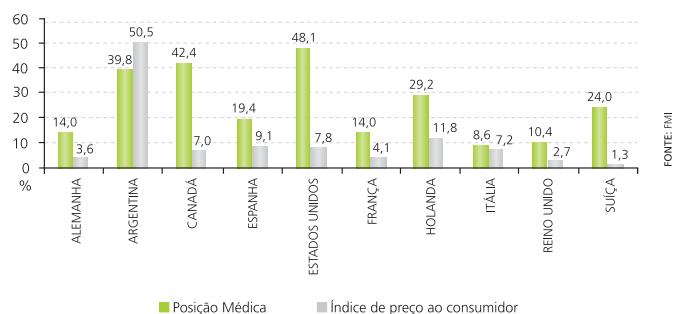
No Brasil, o gasto per capita anual com saúde passou de \$ 412 dólares em 1995 para \$ 943 dólares em 2009 (valores em paridade de poder de compra – PPP, o que permite comparações internacionais); nos EUA este gasto passou de \$ 3.748 para \$ 7.410, no mesmo período. Nesse país, desde 1980, os gastos per capita em saúde cresceram 669%, enquanto a inflação foi de 186%.

FIGURA 8: GASTOS PER CAPITA EM SAÚDE USD



Os gastos com saúde crescem mais do que os índices gerais de preço ao consumidor em todo o mundo (figura 9). A figura 9 compara o índice de inflação médica com o índice geral de preços ao consumidor (Consumer Price Index) para diversos países. A elevada inflação médica é reflexo de, principalmente, quatro motivos: o envelhecimento populacional, a incorporação de tecnologia, o aumento da renda, além do aumento dos preços de materiais e medicamentos, que compõem os principais custos da saúde.

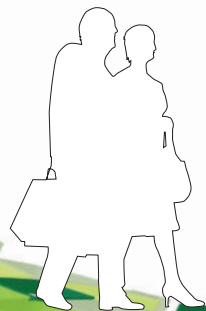
FIGURA 9: INFLAÇÃO MÉDICA MUNDIAL (2002-2004)



O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

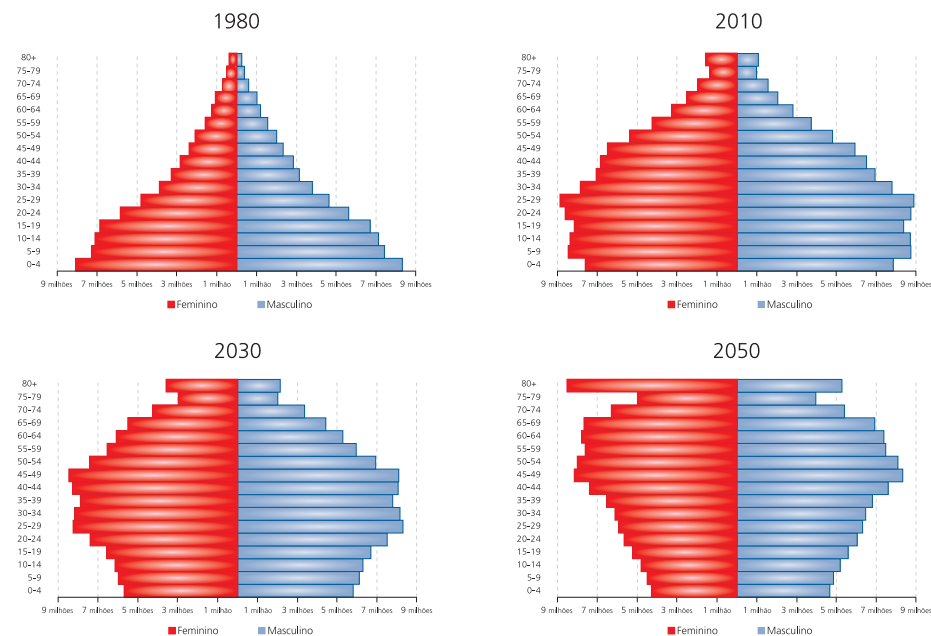
O aumento da proporção de idosos, a partir da transição demográfica, acarreta crescimento na fração do PIB gasto com saúde. Com o avanço da idade, as pessoas ficam mais propensas ao desenvolvimento de doenças crônicas e à necessidade de cuidados continuados de longo prazo. As doenças crônicas não têm cura, mas seus sintomas são tratáveis e controláveis, o que exige um acompanhamento e tratamento durante toda a vida.

Portanto, quanto mais idosa a pessoa, maior 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 de planos de saúde.



A população brasileira vem envelhecendo em um ritmo acelerado, em uma década (1991 a 2000) houve um aumento de 18% de idosos. Atualmente, cerca de 10% de brasileiros são maiores de 60 anos e a expectativa é de que eles representem 30% da população em 2050. Enquanto a projeção indica um aumento de 11,4% da população brasileira em todas as faixas etárias, para as pessoas a partir de 60 anos ou mais esse aumento será de 232,2%. Esse rápido envelhecimento é resultado do aumento da expectativa de vida, da queda da mortalidade e da queda da taxa de fecundidade (6,3 filhos/mulher na década de 60 para 1,95 em 2000, abaixo da taxa de reposição). O efeito combinado destes fatores é que a partir de 2030 a população brasileira deixará de crescer.

FIGURA 10: PIRÂMIDE ETÁRIA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA – 1980-2050.



INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA

A incorporação de tecnologia, por mais positiva e festejada que seja, agrega custos por diversos motivos. Os procedimentos passam a ser feitos com auxílio de equipamentos cada vez mais dispendiosos. Paralelamente, a maior capacidade e precisão dos diagnósticos e o menor risco das intervenções, cada vez menos invasivas, permite tratar doenças antes incuráveis, o que prolonga a vida e leva a gastos adicionais. Ao mesmo tempo, torna mais pessoas elegíveis a procedimentos que antes não podiam ser realizados por risco elevado, diagnóstico impreciso ou ausência de técnica.

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

Os insumos, como materiais e medicamentos, quando têm seus preços aumentados por inovação tecnológica também impactam nos gastos em saúde.

RENDA

Finalmente, o crescimento da renda, acompanhado de maior acesso à informação, também leva as pessoas a gastarem frações maiores com cuidados com a saúde.

Estes quatro aspectos, altamente positivos, trazem como consequência um aumento, cada vez maior, do custo com a saúde, seja ela política pública, gastos particulares ou através dos planos de saúde. Este movimento, como vimos anteriormente, é mundial. Portanto, devemos pensar em soluções viáveis para resolver este problema.

PRECIFICAÇÃO DOS PLANOS

Os valores pagos pelos beneficiários de planos de saúde, as mensalidades, têm como base a despesa com saúde per capita em cada faixa etária. É adicionado a este valor uma margem para cobrir despesas administrativas, despesas de comercialização, tributos e lucro. O cálculo do componente de despesa assistencial per capita é baseado principalmente no histórico da frequência de utilização e do preço dos serviços de saúde. Essa combinação é denominada "custo assistencial", ou "prêmio de risco", na linguagem do seguro.

No sistema de saúde suplementar brasileiro, o financiamento é baseado no mutualismo e no regime financeiro de repartição simples, que funciona como em outros seguros: as receitas oriundas das mensalidades do plano de saúde de um grupo de pessoas (pertencentes a uma operadora, neste caso) são utilizadas para financiar o pagamento de toda a assistência à saúde que ocorreu nesse mesmo período. Sabe-se de antemão que alguns irão utilizar serviços de assistência à saúde e outros não. Os membros do grupo que não utilizaram esses serviços terão contribuído para usufruir da segurança de cobertura e suas mensalidades terão financiado a assistência à saúde daqueles que dela necessitaram.

O custo assistencial da saúde varia de acordo com fatores, tais como a idade, sexo e perfil de saúde das pessoas. No entanto, no Brasil, as operadoras só podem fazer diferenciação de preço por faixas etárias estabelecidas pela regulamentação. Além disso, a ANS estabeleceu 10 faixas etárias e



determinou que a relação da mensalidade entre a primeira faixa etária - mais jovem (0 a 18 anos) - e a última - mais velhos (a partir de 59 anos) - seja de, no máximo, 6 vezes, e a variação acumulada entre a 7ª (44 a 48 anos) e a última faixa não seja superior à variação acumulada entre a 1ª e a 7ª faixa. A primeira regra pretende repartir entre todos o maior custo dos idosos e a segunda busca tornar os reajustes mais equânimes durante a vida, já que impede que os reajustes se concentrem nas últimas faixas etárias.

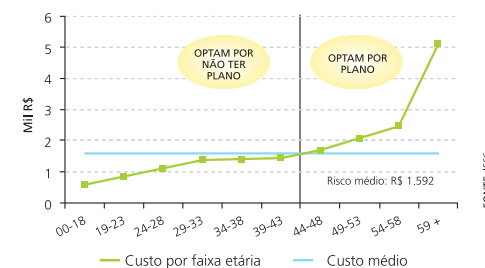
PRECIFICAÇÃO DOS PLANOS POR FAIXA ETÁRIA

Apesar de a regulação definir a relação de seis, entre o valor da mensalidade da última e da primeira faixa etária, os custos médios da assistência à saúde dos idosos geralmente superam em mais de seis vezes os custos médios para os mais jovens. Dessa forma, para manter o equilíbrio econômico-financeiro, as empresas comercializam planos para os mais jovens com preços mais elevados do que o seu efetivo custo assistencial, de forma a manter a relação 1 para 6, estabelecida pela legislação. Portanto, os mais jovens pagam uma quantia maior do que o seu custo para que os mais idosos contribuam com montante menor do que o seu custo. Esse é o chamado pacto intergeracional entre as faixas etárias. Entretanto, com a maior longevidade da população, essa situação se tornará insustentável.

Apesar disso, uma solução muitas vezes proposta é a de um preço único para todas as faixas etárias dos planos de saúde para onerar menos os idosos.

O problema é que um plano ou seguro com preço único atrairia para si os riscos mais altos, pois os jovens, que têm custo médio baixo, pagariam um preço superior ao seu custo médio; os idosos, ao contrário, teriam preço bem menor do que o seu custo médio. Os jovens optariam por não ter plano de saúde e essa auto-exclusão elevaria o custo médio e exigiria aumento do preço para os que mantivessem o plano, ou seja, os que mais necessitariam dele (Fig. 11). Haveria um círculo vicioso que elevaria os preços e excluiria interessados em ter cobertura.

FIGURA 11: CUSTO MÉDIO POR FAIXA ETÁRIA (2004)





O IMPACTO DO ENVELHECIMENTO NOS CUSTOS DE SAÚDE

Para estimar o impacto do envelhecimento nos custos com saúde no Brasil, o IESS utilizou-se de uma amostra de planos individuais composta pelas maiores operadoras do mercado, na qual os beneficiários estão envelhecendo rapidamente. Nesta amostra, a proporção de idosos passou de 19,2%, em 2006, para 22,3%, em 2009.

Esta estimativa pressupõe como fixos o valor médio e a frequência de utilização dos procedimentos de saúde dentro de cada faixa etária. No entanto, o aumento da proporção de idosos, por si só, é capaz de provocar o aumento do valor total e do valor per capita dos gastos com saúde. Isto ocorre porque os idosos utilizam procedimentos de saúde com maior frequência ao mesmo tempo em que os procedimentos por eles utilizados são também, em média, mais caros.

Este efeito pode ser exemplificado ao se comparar as populações de beneficiários de planos de saúde de 2006 e de 2009. Supõe-se nesta comparação que, em cada faixa etária, a frequência de utilização e o valor médio dos procedimentos não se alteram entre estes anos. No entanto, **ao se simular os gastos da população de 2006 com a composição etária da população de 2009 (com 3,1% a mais de idosos), o resultado é o de custo assistencial 5,1% maior e de receita apenas 4,2% maior** (Tabela 1). Se este efeito já é significativo para um período de 3 anos, ele será ainda maior ao se comparar as populações em anos mais distantes, 2009 e 2050, por exemplo.

TABELA 1: PRÊMIOS, DESPESAS E DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA

PRÊMIOS, DESPESAS E DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA						
Faixas Etárias	Beneficiários (mil e %)		Mensalidades (R\$)		Custo Assistencial Anual (R\$)	
	2006	2009	2006	2009	2006	2009
00 - 18	21,7%	21,5%	1.290		1.025	
19 - 58	59,1%	56,2%	3.041		2.137	
59 ou mais	19,2%	22,3%	7.742		6.612	
Total e Média	1.147	1.111	3.564	3.712	2.755	2.895
Variação			4,2%		5,1%	
Sinistralidade					77,3%	78,0%

FONTE: IESS



De fato, ao se projetar esses mesmos cálculos para a população brasileira de 2050, com mesmo perfil de utilização e valor médio dos procedimentos da população em 2009, apenas o envelhecimento previsto para este período é capaz de aumentar os custos de saúde em 54%.

O resultado impressiona e se deve unicamente à diferença na estrutura etária.

O impacto do envelhecer afetará a todos: as pessoas gastarão mais de seus bolsos, os beneficiários terão mensalidades maiores, as operadoras verão suas despesas aumentadas, os contribuintes serão chamados a pagar mais impostos e os orçamentos deverão alocar frações maiores em saúde.

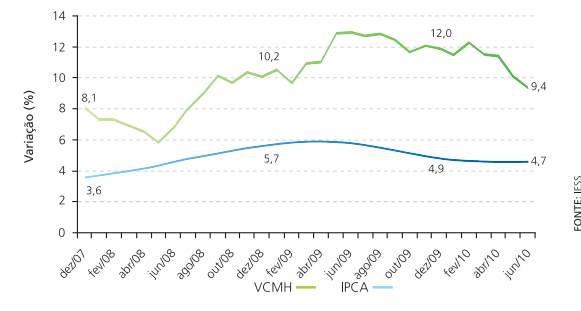
A nação precisa se preparar para essa tendência e adotar medidas que possam conter o ritmo de crescimento das despesas ou constituir provisões. Além dessas medidas preventivas e de promoção, é recomendável que as pessoas sejam previdentes e decidam acumular recursos para as épocas da vida em que os gastos com saúde são altos e a renda cai.

O EFEITO DA VARIAÇÃO DOS CUSTOS MÉDICOS HOSPITALARES NO MERCADO SUPLEMENTAR

O IESS acompanha a evolução dos custos em saúde. Para isso calcula o índice VCMH (Variação dos Custos Médicos Hospitalares), que mede a variação anual (período de 12 meses relativamente aos 12 meses imediatamente anteriores) das despesas médicas per capita que as operadoras pagam aos prestadores de serviços de saúde – médicos, laboratórios, hospitais.

Esse índice é composto pela combinação da variação da média per capita dos preços unitários e da frequência de utilização de serviços de assistência à saúde. Mesmo com preços inalterados, a despesa aumenta se as pessoas realizam mais procedimentos. O VCMH vem superando sistematicamente a inflação geral, principalmente pelo aumento de frequência. Enquanto a inflação média do último período analisado foi de 4,7%, o VCMH atingiu 9,4% para a amostra coletada pelo IESS (média referente ao período de julho de 2009 a junho de 2010 em relação à média do período de julho de 2008 a junho de 2009).

FIGURA 12: EVOLUÇÃO DA VARIAÇÃO DE CUSTOS MÉDICOS-HOSPITALARES – IESS.



FONTE: IESS



AGENDA DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR



O setor de Saúde Suplementar se desenvolveu e solidificou na última década. Os planos de saúde são um dos principais desejos de consumo da população. A regulação pela ANS tem tido um importante papel nessa conquista, pois trouxe segurança para todos os agentes envolvidos. Apesar de ser objeto de desejo, menos de um quarto da população brasileira é coberta por planos de saúde, isso porque as classes sociais C e D não conseguem adquirir um plano por incompatibilidade com a renda.

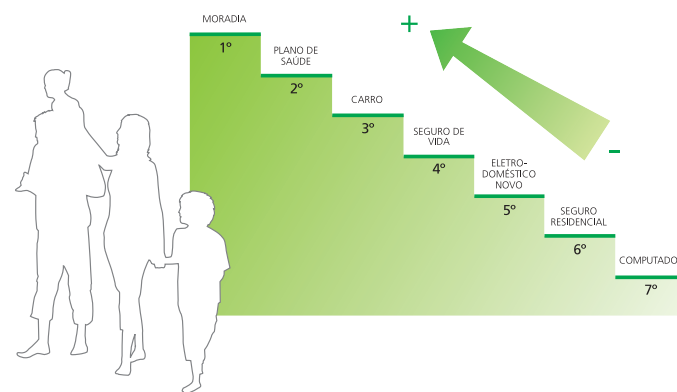
O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) encomendou uma pesquisa ao Instituto Datafolha para avaliar a disposição, motivos e desejos de se ter um plano de saúde. A pesquisa foi realizada com 1.627 pessoas que não possuem planos de saúde entre os dias 24 de janeiro e 04 de fevereiro de 2011. Os resultados apontam que, para 88% dos entrevistados, ter plano de saúde é muito importante ou importante.

As principais razões para ter plano de saúde foram: 43% por achar que a saúde pública é precária e não querer depender desse serviço; 38% pela qualidade de atendimento dos planos de saúde; 22% por segurança, para se sentirem tranquilos em caso de doença.

O principal motivo para não ter plano de saúde é o fato da incompatibilidade com a renda: 88% relataram não possuir plano de saúde pelo fato do preço ser muito alto.

Entre as pessoas que não possuem plano de saúde entrevistadas, 67% relataram desejar possuir um plano de saúde. Observa-se que as classes sociais inferiores (C e D/E), com nível de escolaridade de ensino médio, mais jovens e do sexo feminino são as que mais desejam possuir plano de saúde. Solicitou-se ao grupo de entrevistados sem plano de saúde que ordenassem doze bens de consumo ou serviços tidos como desejáveis, conforme considerassem importante tê-los. O plano de saúde foi o segundo item mais desejado e mais factível de se ter, logo após a casa própria.

FIGURA 13: RANKING DE ITENS DE DESEJO PELA POPULAÇÃO NÃO BENEFICIÁRIA DE PLANOS DE SAÚDE



FONTE: IESS/DATAFOLHA (N=1.627)

Outro fator importante é que, com o envelhecimento e o aumento dos custos da saúde, é preciso também pensar em como financiar a saúde do idoso.

Apesar das inúmeras conquistas, o setor encontra alguns desafios particulares que precisarão ser enfrentados ao longo do tempo.

Os temas abordados a seguir são algumas das questões que devem ser discutidas pela sociedade e inclui algumas propostas que constituem a agenda do setor de saúde suplementar, a fim de contribuir para a melhoria do sistema.

DIVERSIFICAÇÃO DE PRODUTOS - PLANOS DE PREVIDÊNCIA E ACUMULAÇÃO

A renda aumenta nas décadas iniciais do exercício da profissão com queda acentuada na passagem para a aposentadoria, enquanto as despesas relacionadas à saúde ocorrem inversamente a esse quadro.

O crescente percentual de maiores de 59 anos nos planos de saúde exige mensalidades também maiores, o que dificulta a continuidade do financiamento solidário dos planos para os idosos.

O pacto intergeracional está sendo posto em cheque, pois haverá cada vez menos jovens e pessoas em idade ativa para subsidiar a crescente população de idosos. Para financiar esses gastos, frente à progressiva insuficiência das transferências intergerações, pode-se pensar em algumas alternativas de planos de saúde:

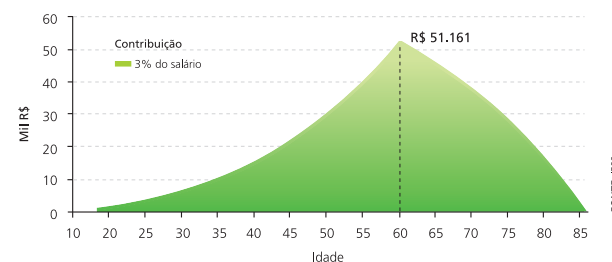
- **Saúde-Previdência:** recursos poderiam ser reservados das épocas de alta remuneração e baixo gasto com saúde para as de menor renda e maiores gastos e poderiam auxiliar os indivíduos a custear quaisquer gastos relacionados à saúde nas ocasiões de desemprego ou na aposentadoria. Poderiam também custear a co-participação e franquia, se houver.
- **Planos combinados com poupança e franquia:** é a combinação de um plano com franquia com uma componente capitalizada em conta individual. A franquia barateia a mensalidade e se não utilizada em determinado ano é acumulada na conta individual remunerada. Esse mecanismo incentiva o indivíduo a gerir melhor sua saúde e suas finanças, pois o uso perdulário de serviços médicos reduziria o saldo da conta e a avareza na utilização poderia agravar a doença e levar ao maior gasto no futuro.

Os fundos destes planos deveriam possuir isenção fiscal para saques destinados 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 do plano de Previdência-Saúde, a formação de poupança proporciona importante instrumento para o desenvolvimento econômico do país, pois os recursos acumulados são fonte de financiamento para investimentos de longo prazo.

Exemplifica-se um plano de saúde-previdência com o aporte de 3% sobre a remuneração de um assalariado médio com rendimento inicial de R\$ 510 aos 20 anos, máximo de R\$ 1.870 e final de R\$ 1.361 aos 60 anos. A contribuição média iniciaria com R\$ 15, atingiria R\$ 56 e terminaria com R\$ 40 por mês.



FIGURA 14: EXEMPLO DE ACUMULAÇÃO E USO PREVIDÊNCIA-SAÚDE



Para um juro real de 4% ao ano, sem inflação, o montante acumulado em 40 anos seria de R\$ 51.161, que permitiria saques de R\$ 262 por mês durante 25 anos¹. Esse valor custearia 44% da mensalidade de R\$ 600 a partir dos 60 anos de idade para um plano com mensalidade de um entrante na faixa etária de até 18 anos de R\$ 100.

A QUESTÃO DA INVIABILIDADE DOS PLANOS INDIVIDUAIS

O mercado de saúde suplementar é composto por:

- 58% de beneficiários de planos coletivos empresariais fornecidos pelas empresas para seus empregados;
- 16% de beneficiários de planos coletivos por adesão, quando, por exemplo, o beneficiário adere a um plano através de alguma associação de classe;
- 21% de beneficiários de planos individuais, contratados diretamente por pessoas físicas².

As coberturas assistenciais são as mesmas para planos individuais e coletivos, mas algumas regras contratuais são bem diferentes:

- **Reajuste:** é determinado pela ANS nos planos individuais; nos coletivos é negociado entre as entidades jurídicas;
- **Rescisão:** qualquer parte pode rescindir no plano coletivo, enquanto, no plano individual, a decisão não pode ser unilateral da operadora;
- **Seleção adversa:** no individual há uma maior chance de pessoas mais doentes procurarem ter o plano, enquanto no plano coletivo é sempre um grupo de pessoas que contrata de forma compulsória, diluindo o risco.

Essas diferenças implicam em incertezas quanto à sustentação da viabilidade econômico financeira dos planos individuais para as operadoras, o que faz com que todas as seguradoras e muitas empresas e medicina de grupo tenham deixado de comercializá-los.

A modalidade de plano individual precisa ser repensada e suas regras flexibilizadas para que o produto continue à venda e seu preço não se torne proibitivo. Com a não comercialização dos planos individuais quem sairá perdendo, mais uma vez, será o consumidor, que não terá a possibilidade de contratar um plano de saúde caso não seja empregado ou vinculado a alguma associação de classe ou sindical.

¹ A expectativa média de vida de um indivíduo que chega aos 60 anos de idade, de acordo com a tábua brasileira de mortalidade BR-EMS 2010, é de 85,4 anos.
² Há, além desses, cerca de 5% beneficiários de planos que não apresentam identificação da forma de contratação.



DEDUÇÃO DE DESPESAS COM SAÚDE NO IMPOSTO DE RENDA

As despesas com saúde incorridas pelas famílias e empresas são essencialmente dedutíveis para fins de imposto de renda, com base em princípios universais de razoabilidade, equidade e justiça.

As despesas com saúde dos indivíduos são dedutíveis de imposto de renda por serem essenciais e pelo fato do Estado ser incapaz de lhes prover assistência à saúde acessível e de qualidade. Já as empresas, estas dependem essencialmente de seus recursos humanos para poderem funcionar e gerar riqueza. Deste modo, as despesas das empresas com os planos de saúde de seus colaboradores são também essencialmente dedutíveis. É preciso ressaltar que os indivíduos e as empresas, ao contratar planos de saúde, contribuem duplamente para o SUS: uma via redução dos gastos do SUS que a cobertura de saúde privada promove e, outra, via a alta carga tributária, que contribui para o financiamento do SUS.

Todos os brasileiros têm direito constitucional aos serviços públicos de saúde e o Estado o dever de prestar esses serviços. O setor público organiza os serviços no Sistema Único de Saúde (SUS), financiado por tributos. O setor privado é financiado por famílias e empregadores, que para terem acesso aos serviços de saúde recorrem diretamente à assistência médica privada ou compram seguros ou planos de saúde. Dessa forma, há uma demanda menor para o SUS, porém nem as famílias nem as empresas têm qualquer redução nos seus impostos.

Uma proposta de incentivo fiscal a ser considerada diante das perspectivas de crescimento das despesas com saúde seria uma **redução da alíquota da COFINS para os empregadores que disponibilizam planos de saúde aos seus colaboradores.**

RESSARCIMENTO AO SUS

A Constituição Federal consagra em seu art. 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado. O cidadão que possui plano de saúde privado não deve ter restrição de acesso ao sistema público de saúde. Porém a Lei nº 9.656/98, em seu art. 32, impõe às Operadoras de Planos de Saúde (OPS) o encargo de ressarcir o SUS sempre que este atender pessoas que possuem planos de saúde.

Cabe à ANS a tarefa de regular o ressarcimento, identificar os beneficiários que utilizaram o SUS e cobrar das Operadoras. O processo envolve identificar por nome, dentre todos os usuários do SUS, aqueles que têm planos de saúde e separar homônimos – pessoas que não têm planos, mas cujo nome é idêntico ao de um beneficiário. Na etapa seguinte, a ANS comunica à operadora, que verifica os limites de cobertura contratual, pois não cabe ressarcimento para serviços que não constam no contrato com a operadora de planos de saúde ou durante o período de carência.

Esse processo é complexo, exigindo uma série de análises por parte da ANS e das operadoras, pois deve respeitar as regras contratuais. **De setembro de 1999 a junho de 2006, a ANS listou 992.110 atendimentos no SUS de pessoas aparentemente titulares de planos de saúde. Posteriormente, operadoras e ANS identificaram que não cabia ressarcimento para mais da metade desses. Restaram 473.540 internações, cujo valor total acumulado nestes quase sete anos alcança R\$ 652 milhões correntes, o que representa 0,13% das despesas do SUS de 2000 a 2006 (R\$ 491 bilhões correntes, período com dados já consolidados).** Este processo é também muito dispendioso - os processos demandam muitos servidores e investimento em soluções de informática.

São diversas as dificuldades relacionadas ao ressarcimento ao SUS. A primeira delas se refere à constitucionalidade do dispositivo, em julgamento no STF pela Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.931. Outro fator é o impacto negativo do aumento do custo do processo administrativo para as operadoras e ANS. Ainda, é possível que os custos operacionais que o Governo teve até o momento para arrecadar o ressarcimento ao SUS superem os valores efetivamente recolhidos (R\$ 97 milhões). As hipóteses de que os beneficiários de planos de saúde utilizam o SUS para procedimentos de maior complexidade ou por negativa da Operadora não se verificam.





GLOSSÁRIO

O QUE É O PLANO DE SAÚDE

Plano de saúde é um contrato privado de prestação de serviços ou cobertura de custos assistenciais, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde por profissionais de uma rede credenciada ou referenciada ou, ainda, serviços de saúde livremente escolhidos mediante pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

Os contratantes de planos ou seguro saúde podem ser pessoas físicas ou jurídicas. O beneficiário é a pessoa física, titular ou dependente, que usufrui dos serviços estabelecidos no contrato do plano ou seguro de saúde assinado com a operadora, com direitos e deveres definidos em legislação ou no contrato.

COMO OS PLANOS DE SAÚDE FUNCIONAM

A Operadora de Plano de Saúde (OPS) é a pessoa jurídica que opera ou comercializa planos privados de assistência à saúde. Obrigatoriamente deve ter registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Existem várias modalidades de operadoras de planos de saúde, que se diferenciam em sua natureza jurídica, porém, seguem as mesmas regras de oferecimento de cobertura assistencial. São elas: Seguradoras Especializadas em Saúde, Medicinas ou Odontologias de Grupo, Cooperativas Médicas ou Odontológicas, Autogestões e Filantrópicas.



AS REGRAS CONTRATUAIS DE UM PLANO DE SAÚDE REGULAMENTADO

Os contratos firmados a partir de janeiro de 1999 passaram a seguir normas e parâmetros. Algumas regras gerais passam a valer para todos esses contratos.

- Abrangência completa de todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sendo possível a segmentação da cobertura assistencial (ambulatorial ou hospitalar ou ambos).
- Proibição da imposição de limites quantitativos máximos para procedimentos (valor, período da assistência ou quantidade de eventos), exceto nos casos definidos no Rol de Procedimentos, como doenças psiquiátricas, por exemplo.
- Obrigatoriedade de aceitação de qualquer risco, mesmo em caso de doenças e lesões previamente existentes, respeitando os limites de carência.

TIPO DE CONTRATAÇÃO

- **Plano Individual ou Familiar:** é o contrato de assistência à saúde oferecido pelas operadoras para a livre adesão de pessoas físicas, com ou sem grupo familiar.
- **Plano Coletivo Empresarial:** é o contrato de assistência à saúde entre operadoras e uma pessoa jurídica, em que a assistência à saúde é oferecida à população vinculada a ela por relação empregatícia, societária ou estatutária, podendo o benefício se estender aos dependentes dos mesmos.
- **Plano Coletivo por Adesão:** é o contrato de assistência à saúde entre operadoras e uma pessoa jurídica, para livre adesão das pessoas que mantenham com esta vínculo profissional, classista ou setorial, podendo o benefício se estender aos dependentes dos mesmos.

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DA COBERTURA

O contrato deve estabelecer qual a abrangência geográfica do atendimento oferecido, que pode ser: um município (abrangência municipal), um conjunto de municípios, um estado (cobertura estadual), um conjunto de estados ou possuir cobertura nacional.

SEGMENTAÇÃO DE COBERTURA

É possível escolher a segmentação assistencial somente dentre as opções estabelecidas em Lei, podendo haver combinações entre essas segmentações.

- **Ambulatorial:** esse plano cobre os atendimentos e procedimentos realizados em consultórios ou ambulatórios (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 similares.
- **Hospitalar:** compreende os atendimentos em unidade hospitalar e não inclui procedimentos ambulatoriais. Pode ser com ou sem cobertura obstétrica. A acomodação pode ser em enfermaria ou quarto individual.
- **Cobertura obstétrica:** 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 de carência.

- **Odontológica:** compreende a cobertura de todos os procedimentos realizados em consultório odontológico, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, inclui procedimentos de radiologia, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, dentre outros.

ROL DE PROCEDIMENTOS

O Rol de Procedimentos e eventos em saúde estabelecido pela ANS lista os procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória, respeitando a segmentação contratada e diretrizes de atenção à saúde.

O Rol é revisado a cada dois anos em função da evolução da prática médica. Essa revisão é desenvolvida por Câmaras Técnicas, coordenadas pela ANS, formadas por representantes das entidades que compõe o setor.

CARÊNCIA E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

Carência é o período ininterrupto, contado a partir da data de vigência do contrato durante o qual o contratante paga as mensalidades, mas não tem acesso a determinadas coberturas. Os prazos máximos de carência são: a) parto a termo: 300 dias; b) demais casos: 180 dias; c) cobertura dos casos de urgência e emergência: 24 horas.

A cobertura parcial temporária (CPT) é a carência de até 24 meses para os eventos relacionados diretamente à doença ou lesão preexistente de conhecimento do beneficiário. Esse período de carência existe para evitar que a pessoa só adquira o plano de saúde em momento de necessidade, o que descaracterizaria o negócio de seguro, que é se assegurar de algum evento imprevisível.

Como no Brasil os planos de saúde não podem negar cobertura de risco (por exemplo, o plano de saúde não pode se negar a aceitar um beneficiário com alguma doença crônica ou por ser obeso, como acontece em Portugal e na Espanha), a cobertura parcial temporária (CPT) existe pelo mesmo fundamento da carência comum.

Os prazos máximos de carência e CPT variam para alguns tipos de contratação. Nos planos coletivos empresariais compostos por 30 ou mais indivíduos não são exigidas carência ou CPT quando o beneficiário adere com até 30 dias da data em que se tornou elegível ao plano. Já no plano coletivo por adesão poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência e CPT.

REAJUSTE

Os valores das mensalidades pagas podem apresentar dois diferentes tipos de reajustes: o reajuste anual para reposição da variação dos custos assistenciais e o reajuste por mudança de faixa etária.

A regra para aplicação dos reajustes anuais varia por tipo de contratação e época de contratação.

- Planos individuais/familiares contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à legislação: reajuste definido pela ANS;
- Planos individuais/familiares contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à legislação sem índice de reajuste definido em contrato: deve ser aplicado, no máximo, o índice definido pela ANS, exceto para operadoras que assinaram com a ANS o Termo de Ajustamento de Conduta - TAC;

- Planos individuais/familiares contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à legislação com índice de reajuste definido em contrato: prevalece o índice previsto no contrato;
- Planos coletivos: prevalece a regra prevista em contrato.

REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

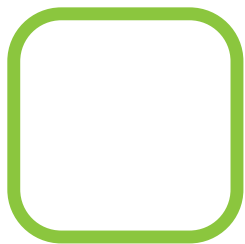
É aplicado no mês subsequente ao aniversário do beneficiário, em razão de mudança de faixa etária, com percentuais de variação previstos em contrato. Com a publicação do Estatuto do Idoso em 2003, para novas contratações, foi necessário reformular as faixas etárias regulamentadas. As regras, portanto, variam de acordo com a época de contratação.

- **Contratos anteriores à Lei nº 9.656/98:** reajuste de acordo com o contrato pactuado entre a operadora de plano de saúde e o beneficiário, nota técnica atuarial ou tabela de venda.
- **Contratos Firmados sob a vigência da Lei até a vigência do Estatuto do Idoso:** aplica-se os reajustes previstos em contrato, divididos em 7 faixas etárias, sendo que não poderá haver reajuste para usuário com mais de 60 anos de idade que participe do plano há mais de 10 anos.
- **Contratos firmados sob a vigência do Estatuto do Idoso:** aplica-se os reajustes previstos em contrato, divididos em 10 faixas etárias, sendo que a variação acumulada entre a 7ª e a 10ª faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª e a 7ª faixas.

TABELA 2: 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:	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
Percentuais de reajuste a cada faixa etária	Definidos 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 de um plano há mais de 10 anos	A variação acumulada entre a 7ª e a 10ª faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª e a 7ª faixas

FONTE: ANS. ELABORAÇÃO: IESS



Entidade sem fins lucrativos, apoiada por operadoras de planos de saúde, com o objetivo de promover e realizar estudos sobre saúde suplementar.

ATUAÇÃO

O IESS focaliza sua atuação na defesa de aspectos conceituais e técnicos que deverão servir de embasamento teórico para a implementação de políticas e para a introdução de melhores práticas. Assim, preparando o Brasil para enfrentar os desafios do financiamento à saúde, mas também aproveitando as imensas oportunidades e avanços no setor em benefício de todos que colaboram com a promoção da saúde e de todos os 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 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.

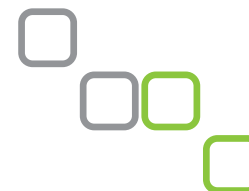
VALORES

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



R. Joaquim Floriano, 1.052 - Cj. 42 - Itaim Bibi
CEP 04534-004 - São Paulo - SP
Tel.: (11) 3706 9747

Contato:
Luiz Augusto Carneiro
Superintendente Executivo
lcarneiro@iess.org.br
www.iess.org.br





IESS

INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

R. Joaquim Floriano, 1.052 Cj.42
Itaim Bibi CEP 04534-004 São Paulo-SP
Tel.: (11) 3706 9747
www.iess.org.br