



ENTENDA OS REAJUSTES DE SEU PLANO DE SAÚDE

ARAÚJO
CONFORTI
JONHSSON

Por Rodrigo Araújo - Agosto/2015

ÍNDICE

03 INTRODUÇÃO

04 I. PLANO DE SAÚDE OU SEGURO SAÚDE?

10 II. CONTRATOS INDIVIDUAIS OU CONTRATOS COLETIVOS?

1. Extinção do Contrato
2. Adesão de Novos Clientes

13 III. REAJUSTES

1. Reajustes dos Contratos individuais
 - Reajuste por mudança de faixa etária
 - Reajuste financeiro

22 2. Reajustes dos Contratos Coletivos

- Reajuste por mudança de faixa etária
- Reajuste financeiro
- Reajuste por sinistralidade
- Reajuste por sinistralidade para contratos coletivos com até 29 vidas

31 IV. CONCLUSÃO

36 SOBRE O AUTOR

INTRODUÇÃO

ENTENDA OS REAJUSTES DE SEU PLANO DE SAÚDE

Por Rodrigo Araújo

Agosto/2015

Uma das demandas mais recorrentes contra as empresas de planos de saúde decorre do alto custo do serviço e dos elevados índices de reajustes aplicados.

Ano após ano, o plano de saúde consome uma fatia maior da renda do consumidor e, em muitos casos, o consumidor idoso é obrigado a cancelar esse serviço quando mais precisa dele.

Para minorar o risco de elevados reajustes que comprometam a manutenção do plano, o usuário deve conhecer os diferentes tipos de produtos; as especificidades de cada um; qual melhor se adequa a necessidade; que tipos de reajuste podem ser aplicados; quais podem ser impugnados; e quais opções estão disponíveis.

Com as informações abordadas aqui, o consumidor saberá como escolher seu plano de saúde, ciente dos reajustes de mensalidade que sofrerá ao longo dos anos.

I. PLANO DE SAÚDE OU SEGURO SAÚDE?

Muitas pessoas ainda têm dúvidas sobre as diferenças entre planos e seguros de saúde.

A primeira definição legal do contrato de seguro saúde foi instituída pelo Decreto Lei n. 73, de 21 de novembro de 1966, a partir do artigo 129.

Conforme se constata pelas definições da referida norma, o contrato de seguro saúde foi instituído para dar cobertura financeira aos riscos de assistência médica e hospitalar (art. 129), mediante o pagamento de prêmio à sociedade seguradora, sendo obrigatória a livre escolha do médico e do hospital (art. 130, § 2º) e vedado às sociedades seguradoras acumular a atividade de assistência financeira com a assistência médico-hospitalar (art. 133).

Em outras palavras, as seguradoras somente podiam prestar serviços de assistência médica e hospitalar mediante reembolso e o segurado não tinha a opção de procurar atendimento em clínicas e hospitais (e demais prestadores de serviços médicos) credenciados.

O Código Civil de 1916 definiu o contrato de seguro como:

“Art. 1.432. Considera-se contrato de seguro aquele pelo qual uma das partes se obriga para com a outra, mediante a paga de um prêmio, a indenizá-la do prejuízo resultante de riscos

futuros, previstos no contrato.”

O contrato de seguro envolve, necessariamente, o conceito de risco, decorrente de um evento futuro e incerto e o princípio é sempre o de indenizar o dano oriundo desse risco futuro e incerto.

Nesses termos, primordialmente, o contrato de seguro saúde apenas indenizava o segurado quando este sofresse o sinistro, reembolsando-lhe as despesas, no limite do contrato, mediante a apresentação da documentação que identificasse o sinistro (recibos e notas fiscais).

Os contratos de plano de saúde, por sua vez, podem ter hospitais próprios e empregar médicos para atendimento a pacientes ou credenciar médicos, hospitais e laboratórios para atendimento aos usuários, sendo que o prestador de serviços (próprio ou credenciado) recebe o pagamento diretamente da operadora de saúde.

Contudo, em 1988, foi editada a Resolução CNSP n. 16/1988, que possibilitou às seguradoras o credenciamento de prestadores de serviços, mas manteve a exigência de oferecer ao segurado a livre escolha dos serviços, vedando, ainda, a prestação desses serviços diretamente pelas operadoras de saúde.

Destarte, a partir da vigência da Resolução CNSP n. 16/88, as seguradoras de saúde podiam reem-

bolsar as despesas havidas pelo segurado ou garantir diretamente o pagamento ao prestador do serviço. Apenas não estava autorizado que as seguradoras mantivessem a prestação do serviço através de hospitais próprios ou médicos contratados.

Já as operadoras de saúde que operavam com planos de saúde, mantinham a prestação do serviço através de hospitais próprios e médicos empregados ou através de prestadores de serviço credenciados.

Praticamente, à exceção da vedação à prestação direta do serviço, o contrato de seguro saúde englobou o contrato de plano de saúde.

Não se ignora, por evidente, que há outras diferenças, sobretudo na organização societária das empresas que operam planos e seguros de saúde, mas o objetivo deste estudo é apontar os aspectos observados pelo consumidor dos serviços de assistência médica e hospitalar privada.

Mais adiante, o marco regulatório do setor privado de assistência médica e hospitalar, a Lei n. 9.656/98, quando instituída, manteve essa distinção:

“Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de

assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade.

§ 1º Para os fins do disposto no caput deste artigo, consideram-se:

I – operadoras de planos privados de assistência à saúde: toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros;

II – operadoras de seguros privados de assistência à saúde: as pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros e que garantam a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente.

(...)”

Todavia, pouco mais de três anos após a lei 9.656/98 ter sido sancionada, a Medida Provisória n. 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, alterou o artigo 1º, alíneas

transcrito, que passou a ter a redação:

“(…)

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação

das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I- Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

(…)”

O artigo 1º da Lei n. 9.656/98, com redação dada pela Medida Provisória n. 2.177-44, aplicou às operadoras de seguro saúde as mesmas regras e disposições aplicadas às empresas que operam planos de saúde.

A Lei n. 9.656/98 não criou nenhuma distinção entre plano ou seguro saúde. Ambos passaram a ser “planos privados de assistência à saúde” que podem propiciar a prestação de

serviços através de “profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor”.

Atualmente, sociedades que comercializam seguros saúde, tais como a Sul América Seguro Saúde e Bradesco Saúde oferecem o “serviço” através de hospitais, clínicas, laboratórios e médicos livremente escolhidos pelo consumidor ou, também, através de rede credenciada de prestadores.

A última restrição que subsistia para diferenciar os seguros dos planos de saúde era o atendimento em serviço próprio, vedação essa que decaiu com o advento da Medida Provisória n. 2.177-44/2001, que alterou o artigo 1º da Lei n. 9.656/98.

Assim, seguradoras como a Medial Saúde S.A., que foi comprada pela Amil Assistência Médica internacional Ltda., mantiveram Hospitais próprios. A Medial Saúde S.A. foi controladora dos Hospitais Alvorada, na capital do Estado de São Paulo.

Outras operadoras que oferecem planos de saúde, como a Unimed, Amil e Omint, além de prestarem serviço através de rede própria ou credenciada, também o oferecem mediante reembolso, quando utilizado o serviço de prestador não credenciado, segundo a modalidade do plano aderido pelo usuário.

Em ambos os casos, o usuário paga uma contraprestação mensal, denominada usualmente por mensalidade, quando contrata um plano de saúde, ou prêmio, quando contrata um seguro saúde.

Assim, do emoldurado da evolução legislativa que regulamenta os contratos de plano de saúde e os de seguro de saúde, há manifesta equiparação entre as modalidades, ensejando a pertinente ilação de que ambos os contratos inserem, em verdade, conceitos de prestação de serviços, não revelando, na prática, circunstâncias efetivas que justifiquem tratamento diferenciado.

II. CONTRATOS INDIVIDUAIS OU CONTRATOS COLETIVOS?

As operadoras de saúde privada, ao receberem da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS - a autorização para comercializar planos ou seguros de saúde, podem escolher os produtos que pretendem dispor ao consumidor, que podem se distinguir uns dos outros em razão:

- do seguimento (individual e/ou familiar; coletivos empresariais; coletivos por adesão);
- da cobertura (ambulatorial, hospitalar, com ou sem obstetrícia, odontológica)
- da abrangência geográfica (municipal, grupo de municípios, estadual, nacional);

- do padrão de acomodação (enfermaria ou apartamento);
- da rede de prestadores de serviço credenciados;
- da opção por atendimento por prestadores de serviço não credenciados, mediante reembolso de despesas; e do limite de reembolso de despesas.

Apesar de haver diferenças entre os produtos oferecidos pelas operadoras de saúde, fato é que, havendo a concessão da ANS para a empresa ofertar planos ou seguros de saúde, essa concessão permite a comercialização de todos os tipos de produtos, respeitada a cobertura obrigatória definida pela lei n. 9.656/98.

Para entender como são aplicados os reajustes do preço da mensalidade do plano de saúde, importa saber quais são as diferenças entre os contratos individuais e contratos coletivos.

É importante esclarecer que os contratos individuais sofrem fiscalização e atuação MUITO mais efetiva por parte da ANS e, dentre as diferenças mais relevantes, destacam-se:

1. A extinção do contrato.

Nos contratos individuais, a operadora de plano de saúde não pode rescindir o contrato imotivadamente. Os contratos individuais somente podem ser extintos em razão da morte do contratante ou por inadimplemento (falta de pagamento) superior a 60 dias, corridos ou não, contados nos últimos 12 meses de vigência do contrato.

Esse prazo de 60 dias pode ser ou não consecutivo, o que implica dizer que, se o consumidor efetuar pagamentos após o vencimento, os dias de atraso computados em cada mês serão somados dentro do período de 12 meses.

Não havendo inadimplemento, o usuário de planos de saúde de segmentação individual e/ou familiar conta com a segurança efetiva do

serviço por tempo indeterminado.

Já os contratos coletivos, sejam eles coletivos por adesão ou empresariais, podem ser rescindidos de forma unilateral e imotivada pela operadora de saúde após o período de vigência (12 meses), mediante prévia



PLANOS INDIVIDUAIS

- ▶ Reajuste por variação de custos (reajuste financeiro), com teto definido pela ANS
- ▶ Reajuste por mudança de faixa etária



PLANOS COLETIVOS POR ADESÃO OU EMPRESARIAIS COM ATÉ 29 VIDAS

- ▶ Reajuste por variação de custos (reajuste financeiro), sem definição de índice máximo pela ANS
- ▶ Reajuste por mudança de faixa etária
- ▶ Reajuste por sinistralidade apurado de forma conjunta para todos os contratos com até 29 vidas da mesma operadora.



PLANOS COLETIVOS POR ADESÃO OU EMPRESARIAIS COM 30 VIDAS OU MAIS

- ▶ Reajuste por variação de custos (reajuste financeiro), sem definição de índice máximo pela ANS
- ▶ Reajuste por mudança de faixa
- ▶ Reajuste por sinistralidade apurado de forma isolada em cada um dos contratos com 30 vidas ou mais.

notificação com antecedência mínima de 60 dias.

2. Adesão de novos clientes.

■ Nos contratos de segmentação individual, a operadora de saúde não pode recusar a adesão de novos clientes por força do artigo 14 da Lei n. 9.656/98.

A operadora de saúde até pode impor prazos de carência para a cobertura do tratamento contratado, mas não poderá impedir a adesão.

Já no contrato coletivo, é necessário que o consumidor preencha as condições de admissibilidade do contrato.

Assim, somente podem aderir ao contrato empresarial os sócios e empregados da empresa contratante e seus dependentes. E somente podem aderir ao contrato coletivo por adesão o consumidor que pertencer a categoria representada pela associação, sindicato ou entidade de classe contratante dos serviços.

III. E OS REAJUSTES?

Não obstante as relevantes distinções acima apontadas, a forma de reajustamento da mensalidade dos contratos de planos de saúde exige maior atenção do consumidor.

1. REAJUSTES DOS CONTRATOS INDIVIDUAIS

Os contratos individuais sofrem apenas dois tipos de reajustes:

Reajuste por mudança de faixa etária.

O reajuste etário é aplicado quando o beneficiário migra de uma faixa etária para outra e as regras que definem como serão aplicados esses reajustes sofreram alterações ao longo dos anos.

A regras atuais estão vigentes desde o ano de 2004, ano em que entrou em vigor o Estatuto do Idoso.

| ALTERAÇÃO DAS FAIXAS ETÁRIAS | PERCENTUAL DE REAJUSTES POR FAIXA ETÁRIA |
|--|--|
| O Estatuto do Idoso vedou a aplicação desse tipo de reajuste para quem auferiu a condição jurídica de idoso e, por esse motivo, não são mais aplicados reajustes etários para quem possui 60 anos ou mais. | 16,00% |
| Ao completar 24 anos | 6,25% |
| Ao completar 29 anos | 2,94% |
| Ao completar 34 anos | 9,29% |
| Ao completar 39 anos | 14,38% |
| Ao completar 44 anos | 40,00% |
| Ao completar 49 anos | 33,88% |
| Ao completar 54 anos | 12,20% |
| Ao completar 59 anos | 65,05% |

As operadoras de saúde, com o aval da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, criaram uma forma bastante simples de burlar essa regra. Não sendo mais permitido aplicar reajustes etários para quem tem 60 anos ou mais, a solução encontrada foi a de antecipar todos os reajustes para serem aplicados até o 59 anos. Dessa forma as pessoas que contrataram planos de saúde a partir do ano de 2004 passaram a pagar um preço muito mais elevado muito antes do que estava anteriormente previsto.

A partir de 2004, foram criadas 10 novas faixas etárias e a ANS não interfere no índice do reajuste que a operadora do plano de saúde quer aplicar, desde que sejam respeitadas duas regras.

| FAIXA ETÁRIA | ÍNDICE | VALOR |
|----------------------|--------|--------------|
| 0 a 18 anos | | R\$ 500,00 |
| Ao completar 19 anos | 28,00% | R\$ 640,00 |
| Ao completar 24 anos | 6,25% | R\$ 680,00 |
| Ao completar 29 anos | 2,94% | R\$ 699,99 |
| Ao completar 34 anos | 9,29% | R\$ 765,02 |
| Ao completar 39 anos | 14,38% | R\$ 875,02 |
| Ao completar 44 anos | 40,00% | R\$ 1.225,03 |
| Ao completar 49 anos | 33,88% | R\$ 1.640,07 |
| Ao completar 54 anos | 12,20% | R\$ 1.840,15 |
| Ao completar 59 anos | 63,03% | R\$ 3.000,00 |

A primeira faixa etária é de 0 a 18 anos. Suponha que o valor cobrado na primeira faixa etária fosse de R\$ 500,00.

Aplicando-se, na sequência, todos os reajustes previstos na tabela, sem considerar os reajustes anuais decorrentes da variação de custos (reajuste financeiro), o consumidor passaria a pagar R\$ 3.000,00 ao completar 59 anos:

| FAIXAS ETÁRIAS | ÍNDICE | VALOR |
|--------------------------|--------|--------------|
| 1ª 0 a 18 anos | - | |
| 2ª Ao completar 19 anos | 28,00% | R\$ 640,00 |
| 3ª Ao completar 24 anos | 6,25% | R\$ 680,00 |
| 4ª Ao completar 29 anos | 2,94% | R\$ 699,99 |
| 5ª Ao completar 34 anos | 9,29% | R\$ 765,02 |
| 6ª Ao completar 39 anos | 14,38% | R\$ 875,02 |
| 7ª Ao completar 44 anos | 40,00% | R\$ 1.225,03 |
| 8ª Ao completar 49 anos | 33,88% | R\$ 1.640,07 |
| 9ª Ao completar 54 anos | 12,20% | R\$ 1.840,13 |
| 10ª Ao completar 59 anos | 63,03% | R\$ 3.000,00 |

O importe de R\$ 3.000,00 equivale a 6 vezes o valor da primeira faixa etária (R\$ 500,00) ou a um aumento de 500% entre a primeira e a última faixa etária.

| | |
|---------------------|--------------|
| 1ª faixa | R\$ 500,00 |
| 7ª faixa | R\$ 1.225,03 |
| Variação de 145,01% | |
| 7ª faixa | R\$ 1.225,03 |
| 10ª faixa | R\$ 3.000,00 |
| Variação de 144,89% | |

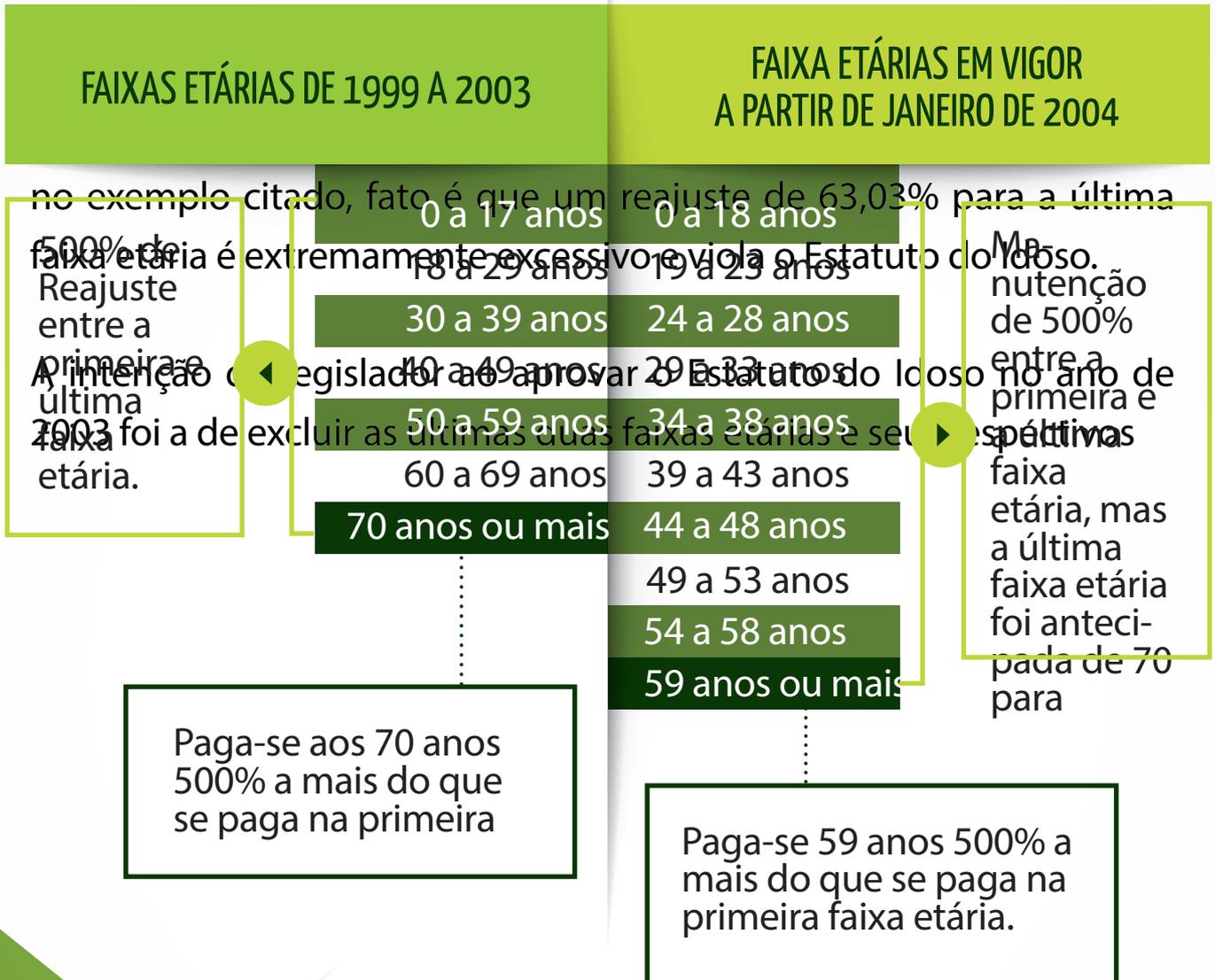
O segundo critério de validação do reajuste etário é que a variação acumulada entre a sétima faixa etária (44 anos) e a última (59 anos) não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa etária.

O objetivo dessa regra é impedir que a operadora de saúde concentre os índices mais altos de reajuste para as últimas faixas etárias, prática muito comum e que tem como objetivo tornar o preço da mensalidade inviável para o idoso, pois este representa um risco muito maior para as empresas privadas de planos de saúde.

Para aplicar essa regra, é preciso compreender que não se trata de simples soma dos percentuais. O que importa é a variação acumulada.

Observe-se a tabela abaixo, que considera as mesmas faixas etárias e variações acima mencionadas:

Entre a primeira e a sétima faixa etária, houve um aumento equivalente a 145,01% e entre a sétima e a décima faixa etária, houve um aumento de 144,89%, o que demonstra que a variação entre a sétima e décima faixa foi inferior à variação entre a primeira e a décima faixa



reajustes. A ANS, entretanto, permitiu a antecipação, ao invés da exclusão, dos reajustes então previstos para idades iguais ou superiores a 60 anos.

De 1999 a 2003, eram previstas 7 faixas etárias (0 a 17 anos; 18 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos, 60 a 69 anos; e 70 anos ou mais) e um reajuste etário máximo de 500% entre a primeira e a última faixa.

A partir de 2004, quando entrou em vigor o Estatuto do Idoso, os reajustes etários que estavam previstos para as idades de 60 e de 70 anos se tornaram ilegais e, por esse motivo, a ANS criou novas faixas etárias para os planos de saúde contratados a partir de 2004, sendo que o último reajuste permitido passou a ocorrer aos 59 anos de idade.

A agência reguladora, no entanto, manteve a regra de reajustamento máximo de 500% entre a primeira e a última faixa, de forma que, ao ser aplicado o reajuste etário de 59 anos, o consumidor passa a pagar 500% a mais do que o consumidor que está na primeira faixa etária.

Pela regra vigente entre os anos de 1999 e 2003, o consumidor somente passaria a pagar 500% a mais do que o valor previsto para a primeira faixa etária quando completasse 70 anos de idade.

Portanto, aqueles que contrataram um plano de saúde a partir de 2004



REAJUSTE FINANCEIRO

DECORRE DA VARIAÇÃO DOS CUSTOS MÉDICOS E HOSPITALARES (VCMH) E DO CUSTO DE IMPLANTAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS.



CONTRATOS INDIVIDUAIS



É aplicado anualmente e a ANS estabelece o índice máximo permitido.



CONTRATOS COLETIVOS



É aplicado uma vez ao ano, conjuntamente com o reajuste de sinistralidade e o índice é apurado pela operadora do plano de saúde, sem interferência da ANS.

O índice apurado pelas operadoras costuma ser maior do que o autorizado pela ANS para os contratos individuais.

tiveram uma antecipação de 11 anos de reajustes. Paga-se aos 59 anos o valor que somente seria devido aos 70 anos.



Tabela de faixas etárias vigente a partir de 1º de janeiro de 2004:

- 1ª) 0 a 18
- 2ª) 19 a 23 anos
- 3ª) 24 a 28 anos
- 4ª) 29 a 33 anos
- 5ª) 34 a 38 anos
- 6ª) 39 a 43 anos
- 7ª) 44 a 48 anos
- 8ª) 49 a 53 anos
- 9ª) 54 a 58 anos
- 10ª) 59 anos ou mais

O reajuste por faixa etária é aplicado quando o titular ou dependente migra de uma faixa etária

Não é permitido o reajuste por faixa etária a partir de 60 anos. A regra vale para todos os planos contratados a partir de 1º de Janeiro de 2004.

Antes de 2004, eram previstos reajustes posteriores a idade de 60 anos. A partir de 2004, a ANS permitiu que todos esses reajustes etários fossem antecipados para a idade de 59 anos.

REGRAS



Reajuste máximo de 500% entre a primeira e última faixa etária, sem considerar outros tipos de reajuste.



Varição acumulada entre a sétima e a décima faixa etária não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa etária.



O Estatuto do Idoso (lei ordinária) foi desvirtuado pela Resolução Normativa n. 63 (norma administrativa), da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A Resolução Normativa n. 63, da ANS, não pode limitar a aplicação da Lei Ordinária n. 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), pois se trata de norma (administrativa) hierarquicamente inferior.

Portanto, índices de reajustes desmesurados aplicados na ocasião em que o consumidor completa 59 anos de idade são abusivos porque não preservam o equilíbrio contratual e são também ilegais porque se tratam de antecipação de reajustes vedados pelo Estatuto do Idoso.

Reajuste Financeiro

O outro reajuste aplicado sobre a mensalidade dos contratos individuais é denominado reajuste financeiro e que decorre da variação dos custos médicos e hospitalares.

O reajuste financeiro é aplicado anualmente e seu índice máximo é determinado pela ANS. Nos anos de 2010 a 2015, foram aprovados os índices de reajuste de 6,73%, 7,69%, 7,93%, 9,04%, 9,65% e 13,55%, respectivamente.

O reajuste financeiro autorizado em 2015 pela ANS para

os contratos individuais regulamentados foi o mais alto reajuste já permitido pela ANS desde o ano de 2000, quando passou a ser responsável pela definição desse índice.

REAJUSTES DOS CONTRATOS COLETIVOS

Reajuste por mudança de faixa etária

Não há diferenças entre o reajuste etário dos contratos individuais e o dos contratos coletivos. As regras são aplicadas da mesma forma como exposto acima.

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA



Reajuste Financeiro

Tal como nos contratos individuais, os contratos coletivos sofrem também o reajuste financeiro, uma vez ao ano, tendo por critério para estabelecimento do índice a variação dos custos médicos e hospitalares.

Entretanto, em que pese o critério para estabelecimento do índice seja o mesmo critério utilizado pela ANS, ou seja, a variação dos custos médicos e hospitalares, o índice apurado pelas operadoras é sempre maior que o índice aprovado pela ANS.

A ANS não interfere na definição desse índice para os contratos coletivos e alega que, por serem contratos estabelecidos entre duas pessoas jurídicas, as empresas

contratantes têm maior poder de negociação para estabelecer o índice desse reajuste.

Há diversos critérios técnicos que comprovam a falta de sustentação para esse argumento da ANS, mas o mais relevante decorre de um raciocínio bem simples.

Se, de fato, as empresas contratantes tivessem efetivo poder de negociação com as operadoras de saúde, o índice do reajuste financeiro dos contratos coletivos seria inferior ao dos contratos individuais, mas não é essa a realidade.

Outro ponto importante é que, se o lastro para fixação do índice é o VCMH – Variação dos Custos Médicos e Hospitalares -, não há porque haver diferenças entre o índice apurado pela ANS e o índice apurado por cada uma das operadoras de saúde.

O VCMH considera a inflação dos produtos e serviços relacionados às áreas médica e hospitalar e, também, a incorporação de uso de novas tecnologias.

O preço dos serviços, produtos e novas tecnologias não diferem entre os contratos individuais e os coletivos.

E as operadoras de saúde também não demonstram, contabilmente, como foi feita a apuração do índice determinado por elas.

Portanto, muito mais fidedigno é o índice apurado pela ANS para os contratos individuais e que, por consequência, deveria também ser aplicado para os contratos coletivos.

Reajuste por sinistralidade.

O reajuste por sinistralidade é exclusivo dos contratos coletivos e esse é o tipo de reajuste que requer maior atenção por parte dos consumidores.

Muitos usuários de planos de saúde individuais e que são sócios de pequenas empresas foram atraídos pelos preços dos planos de saúde coletivos empresariais e migraram de uma modalidade para a outra.

Os planos coletivos apresentam um custo inicial para o consumidor que pode chegar a 60% do valor total de um plano de saúde individual, mas os consumidores não são alertados do alto risco existente nesses contratos, tampouco dos efeitos a longo prazo.

Conforme mencionado acima, as operadoras de saúde podem rescindir, unilateralmente, o contrato coletivo, rescisão essa que atingirá todos os beneficiários do contrato rescindido.

Além disso, a aplicação anual do reajuste financeiro com índice maior do que àquele aplicado para os contratos individuais, somado ao reajuste por sinistralidade, representa um índice total muito superior ao dos planos individuais e, em poucos anos, o consumidor passará a pagar um valor maior do que o da mensalidade do contrato individual e essa diferença aumentará ainda mais ao longo dos anos.

Mas o que é, enfim, o tal reajuste por sinistralidade?

Nesse ponto, é importante tecer algumas considerações.

Qualquer cidadão, desde que preenchidos alguns requisitos mínimos, pode se unir a outro(s) e constituir uma sociedade empresária.

Quando uma sociedade empresária é constituída, ela gera despesas e receitas.

A diferença apurada entre as despesas e as receitas é chamada de resultado e este pode ser positivo (lucro) ou negativo (prejuízo).

Quando o resultado do exercício é NEGATIVO, a sociedade empresária tem que arcar com esse prejuízo, seja através de reservas financeiras que a sociedade acumulou durante a sua existência, seja através de aumento do capital social (investimento dos sócios) para cobrir o prejuízo ou, na pior das hipóteses, através da insolvência e todos os ônus que ela ocasiona.

A doutrina nomeia essa circunstância por RISCO DA ATIVIDADE EMPRESARIAL ou RISCO DA ATIVIDADE ECONÔMICA.

No ordenamento jurídico pátrio, TODAS as sociedades empresárias estão submetidas a esse risco da atividade econômica.

AS OPERADORAS DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE, NO ENTANTO,

ENCONTRARAM UM “MEIO” DE NÃO SE SUBMETEREM A ESSE RISCO E CRIARAM O QUE FOI CHAMADO DE “REAJUSTE POR SINISTRALIDADE”.

Assim, se as operadoras de saúde tiverem mais despesas do que receitas e, portanto, apresentarem o resultado NEGATIVO, o PREJUÍZO é repassado aos seus clientes na forma de um reajuste.

Não bastasse, as empresas de planos de saúde privados estabelecem uma margem de lucro mínimo para cada um de seus contratos coletivos com 30 vidas ou mais.

Usualmente, essa margem de lucro mínimo é de 30%. Logo, se o valor arrecadado com o pagamento das mensalidades pelos beneficiários de um único contrato for inferior a 70% das despesas pagas pela operadora com os serviços médicos utilizados por esse mesmo grupo de beneficiários, considerando o período de vigência do contrato (12 meses), a operadora aplicará o reajuste de sinistralidade, que é somado ao reajuste financeiro e cobrado do consumidor uma vez ao ano.

Os conceitos mais importantes para a compreensão desses critérios de reajuste são:

Sinistro = Despesas com os beneficiários

Arrecadação = Valores das mensalidades cobradas pelo plano de saúde

Vigência = Período de apuração da sinistralidade e da arrecadação

■ A partir desses dados, considere, hipoteticamente, um contrato coletivo com 40 beneficiários que, durante 12 meses de vigência, gerou um custo total de R\$ 150.000,00 para a operadora de saúde. No mesmo período, as mensalidades pagas pelos beneficiários totalizaram o montante de R\$ 170.000,00.

Como a operadora de saúde estabelece um gasto máximo de 70% do valor arrecadado para garantir o lucro mínimo de 30% por contrato coletivo com 30 vidas ou mais, o limite técnico para esse contrato seria de R\$ 119.000,00:

Arrecadação: R\$ 170.000,00
Limite técnico (70%): R\$ 119.000,00
Sinistro apurado: R\$ 150.000,00

Os cálculos efetivamente aplicados pelas operadoras para apuração da sinistralidade são bastante complexos, mas, de uma forma bastante rudimentar, podemos dizer que, para compor o índice de sinistralidade, é necessário dividir o valor do sinistro apurado pelo valor da arrecadação:

$\text{Sinistro apurado} / \text{Arrecadação} = \text{Resultado} \times 100 = \text{Sinistralidade}$

Aplicando-se essa fórmula:

$\text{R\$ } 150.000,00 / \text{R\$ } 170.000,00 = 0,8823529 \times 100 = 88,23\%$

A sinistralidade, portanto, foi de 88,23%, que ultrapassou a margem técnica de 70% em 18,23%.

Esse ainda não é o índice do reajuste de sinistralidade.

Considerando que o custo anual desse contrato coletivo ultrapassou o limite técnico, não basta a operadora recompor o valor da mensalidade com esse índice. Ela precisa criar critérios para que o valor da mensalidade para o próximo ano de vigência seja suficiente para não ultrapassar novamente o limite técnico.

No entanto, apenas para fins elucidativos, considere-se que o índice do reajuste seja exatamente a sinistralidade apurada, que foi de 18,23%.

Esse índice será somado ao índice do reajuste financeiro e será aplicado, uma vez ao ano, sobre a mensalidade do plano de saúde coletivo.

Conforme mencionado anteriormente, o reajuste financeiro dos contratos individuais para o ano de 2015 foi de 13,55% e esse índice é sempre maior para os contratos coletivos.

Considerando, então, um reajuste financeiro mínimo de 13,55% para os contratos coletivos, os beneficiários do contrato analisado teriam um reajuste anual total de 31,78% (13,55% mais 18,23%), enquanto que os beneficiários dos contratos individuais sofreram um reajuste anual total de 13,55%.

E isso sem não houver migração de beneficiários para outra faixa

etária, o que acarretaria o terceiro tipo de reajuste.

Reajuste por sinistralidade para contratos coletivos com até 29 vidas

Nos últimos anos, uma significativa parte dos consumidores de planos de saúde migrou dos contratos individuais para os contratos coletivos do tipo empresarial em busca de melhores preços.

Para contratar um plano coletivo empresarial, basta que o consumidor seja sócio de uma empresa e informe o número do CNPJ para a operadora de planos de saúde. Ele também poderá incluir como beneficiários seus dependentes.

Muitas operadoras aceitam a contratação desse plano a partir de 2 ou 3 vidas. Assim, o consumidor que era titular de um contrato individual e tinha como dependentes o cônjuge e filhos, passou a optar por contratar o plano coletivo empresarial, quando preenchia o requisito de ser sócio de uma empresa. Esse contrato era conhecido no mercado por produto empresarial PME (Pequena e média empresa), mas os reajustes anuais (reajuste financeiro e de sinistralidade) eram extremamente elevados, pois a operadora apurava o sinistro em cada um dos contratos separadamente. Contratos coletivos com muitos beneficiários apresentavam um risco muito menor para altos reajustes, pois o sinistro é dividido entre todos os usuários.

Quanto maior o número de beneficiários de um contrato, mais efetivo é o princípio da

mutualidade, o que significa dizer que se alguns beneficiários geram muitas despesas, elas são compensadas por outros que geram poucas despesas.

Se esse contrato coletivo com muitas vidas também tiver uma boa distribuição dos beneficiários entre as faixas etárias, o risco de altos reajustes também diminui em razão do que chamados de solidariedade intergerações, no qual os mais jovens equilibram o custo maior representado pelos idosos.

Em um contrato com poucos beneficiários, o risco de alta sinistralidade é muito maior, haja vista o fato de não haver outros usuários que compensem um eventual gasto elevado dos serviços contratados.

Um tratamento oncológico, por exemplo, é extremamente elevado. Há medicamentos quimioterápicos que podem custar mais de R\$ 80.000,00 por mês.

Em um contrato coletivo empresarial com 4 beneficiários, muitas vezes representados por uma única família, o custo de um tratamento de alta complexidade necessitado por apenas um beneficiário representará um sinistro muito além do valor arrecadado pelas operadoras com o pagamento da mensalidade e a consequência disso pode ser a rescisão unilateral do contrato pela empresa de planos de saúde ou a aplicação de reajustes muito além do que é considerado razoável para o orçamento do consumidor.

Essa situação perdurou por muitos anos, sem nenhuma interferência da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Finalmente, em 2012, a ANS publicou a Resolução Normativa n. 309, que determinou que as operadoras de saúde apurassem a sinistralidade de todos os seus contratos com até 29 vidas de forma conjunta.

O agrupamento desses contratos com até 29 vidas e consequente apuração de sinistralidade mostrou resultados muito positivos para o consumidor desses produtos, que passou a ter uma média de reajustes anuais entre 15% a 19%.

Ainda é um índice de reajuste elevado, mas a diretriz estabelecida pela ANS através da RN n. 309/2012 representou muito mais segurança para esses consumidores, ainda que muito tardia.

A informação do índice de reajuste para o agrupamento de contratos é disponibilizada no site de cada operadora de saúde.

IV. CONCLUSÃO

Ao contratar um plano de saúde, o consumidor precisa estar atento às opções existentes no mercado e decidir com cautela.

O preço inicial é importante, mas não se pode ignorar os riscos a longo prazo.

O contrato individual é, sem dúvida, o mais seguro, pois apresenta reajustes menores e conta com a segurança de não poder ser rescindido unilateralmente pelas empresas de planos de saúde se não houver inadimplimento ou atrasos cumulativos no pagamento da mensalidade.

Entretanto, essa modalidade de contratação está cada vez mais escassa e, até o momento, a ANS não apresenta sinais

de que adotará alguma medida para exigir que as operadoras voltem a oferecer esse tipo de produto.

Sem contar com boas opções de planos de saúde individuais, resta ao consumidor a contratação de planos coletivos por adesão ou empresariais.

Para aqueles que contam com o benefício do plano de saúde oferecido pelo empregador, é importante lembrar que, ao perder o vínculo empregatício, o direito de manutenção desse benefício é concedido apenas para quem contribuiu com uma parte do pagamento da mensalidade e desde que tenha sido demitido sem justa causa ou tenha se aposentado.

O período de manutenção do benefício após o desligamento da empresa é de um terço do período em que, na condição de empregado, contribuiu com ao menos uma parte do pagamento da mensalidade, com o mínimo assegurado de 6 meses e o máximo de 24 meses.

Para o empregado aposentado, a extensão desse benefício é de um ano para cada ano em que contribuiu com o pagamento da mensalidade na condição de empregado, sendo que, na hipótese de ter contribuído por 10 anos ou mais, o direito a extensão do plano de saúde se torna vitalício.

A outra condição é que o empregado demitido sem justa causa ou

aposentado assuma o custeio integral da mensalidade do plano de saúde.

O problema, entretanto, é que o preço dessa mensalidade pode sofrer um aumento bastante significativo.

Em 2011, a ANS publicou a Resolução Normativa n. 279, que tratou da extensão do benefício do plano de saúde para aposentados e demitidos.

A ANS criou uma norma que destoa dos critérios de razoabilidade e permitiu que os empregadores segregassem os beneficiários da extensão do benefício em um contrato à parte daquele oferecido para os empregados ativos, o que prejudica, sobremaneira, a mutualidade e a solidariedade intergerações, fatores importantes para controle da sinistralidade.

Os aposentados são indivíduos já idosos ou próximos de se tornarem idosos. É fato notório que idosos representam maiores gastos para a operadora de saúde.

A sinistro será apurado separadamente em cada contrato (o contrato dos funcionários ativos e o contrato dos ex-empregados demitidos ou aposentados e é evidente que o índice do reajuste de sinistralidade do contrato em que figuram como beneficiários os ex-empregados demitidos ou aposentados será maior do que o contrato dos empregados ativos.



Rodrigo Araújo

Sócio fundador da Araújo, Conforti e Jonhsson – Advogados Associados. Especialista em planos de saúde. É formado em Direito, pós-graduado em Processo Civil pela Pontífica Universidade Católica – PUC e em Direito Imobiliário pela UniFMU – Faculdades Metropolitanas Unidas. Membro da World Association for Medical Law, atua na advocacia cível contenciosa e administrativa, com ênfase em Direito nas áreas médica e de saúde.



LEIA TAMBÉM:

DIREITOS DO PACIENTE COM CÂNCER

Por Rodrigo Araújo

ARAÚJO | CONFORTI | JONHSSON

ADVOGADOS ASSOCIADOS

-  São Paulo Rua Joaquim Távora, 1473 Vila Mariana - São Paulo - 55 (11) 2500-3029
-  Sorocaba Avenida Washington Luiz, 685, Sala 61 - Sorocaba - 55 (15) 3017 4476
-  Brasília Setor Comercial Norte, Quadra 02 Bloco A, nº 190 Ed. Corporate Financial Center, Asa Norte Sala 61 - Brasília/DF - 55 (61) 3329.6151

-  contato@acjadvocacia.com.br
-  bit.ly/ACJ-Linkedin
-  /+AcjadvocaciaBradv
-  /acjadvogados
-  /araujoconfortijonhsson
-  bit.ly/ACJ-youtube

www.acjadvocacia.com.br