

DE QUE MANEIRA SÃO COMPOSTOS OS REAJUSTES DOS PLANOS

A Variação de Custo Médico-Hospitalar (VCMH), um dos principais eixos para a definição de cada índice, é calculada por diferentes fatores

O reajuste anual é a atualização da mensalidade para manter a prestação do serviço médico-hospitalar ou odontológico contratado. Atualmente, o percentual de reajuste é estabelecido de acordo com as características contratuais daquele tipo de plano (veja mais no quadro ao lado), guiado por dois eixos: variação da faixa etária do beneficiário, quando há essa previsão em contrato, e principalmente a variação de despesas (VCMH + sinistralidade).

“Diferentemente do seguro de carro, de vida e residencial, o plano de saúde é o único que não tem um teto para o que o beneficiário irá receber. Não existe limitação contratual de número de consultas médicas, exames e cirurgias, por exemplo; muito pelo contrário, o próprio marco regulatório estabelece que não há limite para quase todos os eventos do rol estabelecido por lei”, explica Luiz Feitoza, diretor e cofundador da consultoria técnica Arquitetos da Saúde.

Além disso, o plano de saúde tem como base o princípio do mutualismo, em que os beneficiários que precisaram mais de assistência naquele período são financiados pelos que precisaram menos. A partir desses conceitos, é possível entender melhor como se dá o cálculo do reajuste anual.

A **Variação de Custo Médico-Hospitalar (VCMH)**, um dos principais eixos para a

definição do índice, é calculada por três fatores:

1) a demanda efetiva por atendimento naquele período, também chamada de frequência de utilização de serviços ou sinistralidade;

2) o custo dos eventos que foram cobertos, incluindo materiais e medicamentos, diárias, taxas hospitalares, aumento de honorários dos profissionais e qualquer reajuste repassado à rede de prestação de serviços; e

3) a complexidade da assistência, que está relacionada à incorporação de novas tecnologias a partir do desenvolvimento científico, à atualização bianual do rol de procedimentos e a mudanças no atendimento causadas por fenômenos sociais esperados, como o envelhecimento da população, e também os imprevistos, a exemplo da Covid-19 e suas implicações.

“Importante notar que a VCMH é uma recomposição: você olha para trás para afe-

rir a variação de despesas do último ano e aplica o reajuste no próximo período, buscando o equilíbrio necessário para manter a prestação do serviço”, esclarece Feitoza. Por isso, é incorreto chamar a VCMH de inflação médica, segundo o diretor da Arquitetos da Saúde. “O IPCA, um dos índices de inflação mais utilizados, refere-se somente a preço. A variação dos custos de saúde é influenciada por diversos fenômenos além da variação do preço. Portanto, é diferente de inflação causada apenas pela prática de preços no mercado”, ressalta.

Nos tipos de contrato coletivos empresariais, em que há livre negociação entre as operadoras e as empresas ou administradoras, a VCMH da carteira total da operadora ou subgrupo, como por exemplo os contratos de PME (pequenas e médias empresas), é apresentada como referência para o diálogo e o acordo sobre o índice final a ser aplicado

“O IPCA, um dos índices de inflação mais utilizados, refere-se somente a preço. A variação dos custos de saúde é influenciada por diversos fenômenos além da variação do preço. Portanto, é diferente de inflação causada apenas pela prática de preços no mercado.”

LUIZ FEITOZA, diretor da consultoria técnica Arquitetos da Saúde

no próximo período, que é sempre o índice composto da VCMH sobre a sinistralidade.

Enquanto a VCMH recompõe o custo assistencial conforme a oscilação geral das despesas, o reajuste por sinistralidade corrige o desequilíbrio técnico de cada contrato especificamente. A sinistralidade é a razão entre sinistro e prêmio (despesas médicas pagas e receitas recebidas), em que é estabelecido nos contratos coletivos qual limite da receita pode ser comprometido com despesas médicas pagas sem acionar esse mecanismo. Por exemplo, um limite técnico contratual de 70% significa que, para cada R\$ 1,00 pago, um contrato coletivo poderá gastar R\$ 0,70. Essa razão é analisada no total das receitas e despesas num período quase sempre de 12 meses.

“Embora uma maior ou menor sinistralidade de um contrato empresarial deva ser considerada na negociação entre as partes a respeito do reajuste, não será o único critério, pois a VCMH constará dessa recomposição. A VCMH influencia a sinistralidade, mas não a de um contrato específico, e sim a variação geral referente à carteira total da operadora ou a um subgrupo, como já comentamos”, descreve Feitoza.

Já a variação do preço por mudança de faixa etária ocorre de acordo com o aumento da idade do beneficiário e pode ou não existir em qualquer tipo de contrato. As faixas etárias para correção variam conforme a idade vigente do beneficiário a partir da contratação do plano e os percentuais de variação precisam estar expressos no contrato. O intervalo das faixas é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de modo a limitar a diferenças máximas de valores entre os beneficiários de maior e menor idade, evitando desequilíbrios. A aplicação desse índice, quando ocorre, não é considerada

reajuste, e sim variação. É independente da VCMH e da sinistralidade.

Vale lembrar que, por conta da pandemia de Covid-19, voluntariamente as operadoras suspenderam a aplicação do reajuste de todos os planos com até 29 vidas cobertas, no período entre 1º de maio e 31 de julho do ano passado. Posteriormente,

a ANS determinou a suspensão também de setembro a dezembro de 2020. A recomposição do reajuste suspenso foi diluída em 12 vezes, diretamente na parcela mensal ao longo de 2021. Nessa cobrança, devem constar separadamente o valor da mensalidade e o valor dessa recomposição específica.

REAJUSTE ANUAL POR TIPO DE PLANO

INDIVIDUAL OU FAMILIAR

Característica do contrato:

Celebrado após a vigência da Lei n.º 9.656, de 1998 (após 2 de janeiro de 1999). Deve, obrigatoriamente, ser elaborado e comercializado de acordo com as regras estabelecidas pela ANS.

Regra:

A ANS determina o percentual máximo de reajuste anual.

COLETIVO EMPRESARIAL COM ATÉ 30 BENEFICIÁRIOS

Característica do contrato:

O contratante é uma empresa que oferece o plano como benefício aos seus empregados ou ainda nos casos de empresários individuais.

Regra:

Todos os contratos coletivos com menos de 30 beneficiários de uma mesma operadora deverão ser agrupados para fins de cálculo e aplicação do reajuste. O objetivo é a diluição do risco e um maior equilíbrio no índice calculado em razão do maior número de beneficiários.

COLETIVO EMPRESARIAL COM MAIS DE 30 BENEFICIÁRIOS

Característica do contrato:

O contratante é uma empresa que oferece o plano como benefício aos seus empregados.

Regra:

O percentual é estipulado por livre negociação entre a pessoa jurídica contratante e a operadora.

COLETIVO POR ADESÃO

Característica do contrato:

As pessoas jurídicas contratantes são entidades de caráter profissional, classista ou setorial, sendo possível contar com a participação de uma administradora de benefícios.

Regra:

O percentual é estipulado por livre negociação entre a pessoa jurídica contratante e a administradora de benefícios contratada.

EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICO

Regra:

O percentual de reajuste anual deve estar claramente exposto nos contratos e sua aplicação deve ser feita no mês de aniversário do contrato.