

PRIVACY STATEMENT

The content of the articles is the sole responsibility of the authors.

The total or partial reproduction of the content of the articles is allowed, provided the source is mentioned.

Articles with plagiarism will be refused, and the author of the plagiarism will lose the right to publish in this magazine.

The names and addresses informed in this journal will be used exclusively for the services provided by this publication and are not available for other purposes or to third parties.

Once you submit the articles, the authors give the copyright of their articles to the BJD. If you regret the submission, the author has the right to ask the BJD not to publish his article. However, this request must occur within two months before the release of the number that the article will be published.

The BJD uses the Creative Commons CC BY license. Information about this license can be found at:

<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/br/>. Fonte:

<https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/about/submissions#onlineSubmissions>. Acesso em: 12 abr. 2022.

Referência

BEZERRA, Felipe Portela. Planos de saúde coletivos: a questão do reajuste por faixa etária. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 10, p. 99216-99225, out. 2021. DOI:

<https://doi.org/10.34117/bjdv7n10-304>. Disponível em:

<https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/38144>. Acesso em: 12 abr. 2022.

Planos de saúde coletivos: A questão do reajuste por faixa etária

Collective health plans: The issue of adjustment by age group

DOI:10.34117/bjdv7n10-304

Recebimento dos originais: 07/09/2021

Aceitação para publicação: 21/10/2021

Felipe Portela Bezerra

Mestre

Política Social e Bacharel em Gestão de Políticas Públicas - Universidade de Brasília

Técnico Administrativo em Educação na Universidade de Brasília - UNB

Professor de Administração Pública no IDP – DF

Quadra 04 Conjunto E Casa 63 - Candangolândia - DF

E-mail: portelafelipe@gmail.com

RESUMO

As políticas públicas na área de saúde são muito relevantes para o desenvolvimento adequado de um Estado. No Brasil, um cenário que se mostra preocupante é a queda no acesso pela população brasileira a planos de saúde suplementar frente a um sistema público que não atende integralmente as demandas da população, o que demonstra a importância de uma complementação ao atendimento de saúde à população. Uma característica importante na saúde complementar é o mutualismo, isto é, várias pessoas contribuem para que algumas pessoas utilizem os serviços, os beneficiários pagam uma mensalidade fixa (de acordo com o tipo de cobertura assistencial, a faixa etária e a rede conveniada) e os custos da utilização dos procedimentos são diluídos pelos integrantes da carteira da operadora de plano de saúde, de acordo com seus grupos. Entretanto, os atores envolvidos nesse sistema podem questionar as regras referentes ao próprio funcionamento do setor, inclusive judicialmente, o que exige uma criteriosa análise da totalidade do fenômeno a fim de não desequilibrar o bom funcionamento do serviço.

Palavras-chave: Políticas públicas, regulação, saúde suplementar.

ABSTRACT

Public health policies are very important for the regular development of a state. In Brazil, a scenario that shows concern is the decreased of the access for the Brazilian to the supplementary health plans in the face of a public system that does not meet the demands of the population, so its demonstrates the importance of complementing and providing health care to the population. An important characteristic in supplementary health is the mutualism, when several people contribute to some people who use services, the beneficiaries pay a fixed monthly fee (according to the type of assistance coverage, the age group and the affiliated network) and the costs of use of procedures are diluted by members of the health plan operator's portfolio, according to their groups. However, the actors involved in this system may question the rules applying to the sector's functioning, including judicially demands, which requires a careful analysis of all the situation for a good functioning of the sector

Key-words: Public Policy, regulation, Supplementary Health.

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas na área de saúde são muito relevantes para o desenvolvimento adequado de um Estado. No Brasil, um cenário que se mostra preocupante é a queda no acesso pela população brasileira a planos de saúde suplementar frente a um sistema público que não atende integralmente as demandas da população

Tal situação ressalta a importância de um desenho correto das regulações estatais de maneira que se ache um equilíbrio entre interesses das administradoras dos planos de saúde e seus consumidores para que não haja abuso por parte dos fornecedores de saúde privada, mas que também não haja um regramento que inviabilize o negócio.

Em algumas situações, direcionamentos defendidos por órgãos de proteção do consumidor poderiam na verdade trazer prejuízos no agregado para os cidadãos. O que se vê nessa área é um constante dilema em se compatibilizar direitos individuais (microjustiça) versus coletividade (macrojustiça). Cabe à política pública tentar maximizar o bem-estar social, mas, naturalmente, sem se esquecer dos direitos individuais.

Veja como exemplo a questão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Esse rol constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência à saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde, tem por competência a elaboração de normas e a fiscalização das operadoras de saúde, conforme a Lei nº 9.961, de 2000. Por essa mesma Lei, também é competência da ANS a elaboração do rol de procedimentos e eventos em saúde.

Houve discussão sobre ser esse Rol exemplificativo ou taxativo. Se ele for exemplificativo, não há limite mínimo do que o plano de saúde deve oferecer. Nesse caso, não seria possível falar em cobertura mínima uma vez que não há definição dos limites do que seja esse "mínimo".

Uma característica importante na saúde complementar é o mutualismo, isto é, várias pessoas contribuem para que algumas pessoas utilizem os serviços. Os beneficiários pagam uma mensalidade fixa (de acordo com o tipo de cobertura assistencial, a faixa etária e a rede conveniada) e os custos da utilização dos procedimentos são diluídos pelos integrantes da carteira da operadora de plano de saúde, de acordo com seus grupos.

Sem ter clareza a respeito do universo que compõe essa cobertura mínima é impossível mensurar os custos associados a tal cobertura e, portanto, impossível estabelecer parâmetros claros de precificação individual ou coletiva para os beneficiários/consumidores.

Mais ainda, tratar o Rol como meramente exemplificativo multiplicaria de forma exponencial a probabilidade de cobertura de procedimentos não previstos, sem aferição adequada

de impacto econômico e sem demonstração de sua segurança e/ou efetividade. Não há como prever o custo de procedimento desconhecido, cuja adoção não dependa de prévia análise econômica. Há risco não desprezível de desequilíbrio financeiro e atuarial pela própria imprevisibilidade que a flexibilização do Rol traria consigo, com impactos sobre os preços para os beneficiários/consumidores, exclusão de grupos do atendimento (em função do aumento dos preços) e sobrecarga do sistema público de saúde.

Trazemos a questão do rol como motivação acerca da necessidade de haver uma cuidadosa análise prévia das tomadas de decisão no que se refere às políticas públicas e que essa análise também é fundamental nas regulações que envolvam os consumidores.

É com essa motivação que se pretende desenvolver o presente estudo. O foco da pesquisa recai num outro tema extremamente atual relacionado à saúde suplementar, com grande repercussão na sociedade: a validade de cláusula contratual de plano de saúde que preveja reajuste por faixa etária, especialmente para planos de saúde coletivos.

Importa saber que já foi firmado entendimento pelo Superior Tribunal de Justiça - STJ acerca da validade de cláusula contratual de reajuste por faixa etária, mas este ficou limitado aos planos de saúde individuais ou familiares.

Relativamente aos planos coletivos, a matéria será apreciada pelo STJ no bojo do Recurso Especial n.º 1715798/RS, a fim de se firmar precedente qualificado e específico sobre os planos de saúde coletivos a respeito dos seguintes temas: a) validade de cláusula contratual de plano de saúde coletivo que prevê reajuste por faixa etária; e b) ônus da prova da base atuarial do reajuste.

A exemplo do rol comentado antes, a regulamentação dos reajustes dos planos também cabe à ANS. Para os contratos de planos de saúde do tipo coletivo (que representam cerca de 80% do mercado), diferentemente dos individuais, o percentual de reajuste anual independe de prévia aprovação da ANS, ficando a operadora obrigada a informar o reajuste aplicado no ano, o qual será livremente negociado entre a operadora e a pessoa jurídica contratante (empresa, sindicato, associação) (art. 35-E, §2º da Lei nº 9.656/98 e Resolução Normativa nº 128/2006, alterada pela Resolução Normativa nº 148, de 2007).

Já as regras de reajuste por variação de faixa etária são as mesmas para os planos de saúde individuais ou familiares e coletivos. As faixas para correção variam conforme data de contratação do plano e os percentuais de variação precisam estar expressos no contrato.

O que se pretende com o presente texto é analisar, com base na teoria econômica de incentivos e da análise econômica do direito, as consequências para a sociedade da decisão judicial sobre o citado reajuste por faixa etária nos planos de saúde coletivos, bem como oferecer ideias para uma proposta de regulação eficiente para o setor.

Para tanto, além desta introdução, o desenvolvimento do trabalho será feito da seguinte maneira: na seção 2, há uma contextualização da saúde suplementar no Brasil; a seção 3 apresenta a argumentação ao redor do tema pelo Poder Judiciário; na seção 4, procura-se fazer uma modelagem microeconômica do assunto. Por fim... XXX

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA

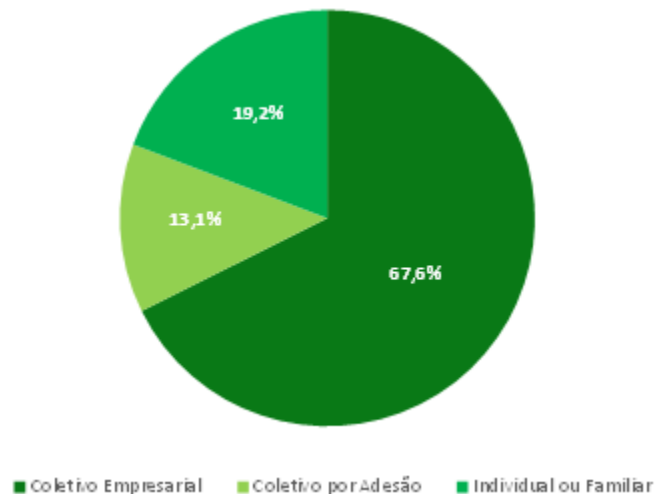
Para se ter ideia da dimensão da saúde suplementar no Brasil e dos seus desafios, alguns números e considerações precisam ser apresentados.

Segundo apresentação elaborada pela ANS¹, o número de beneficiários em planos de assistência médica em julho de 2019 somava 47 milhões de pessoas, atendidos por um total de 733 operadoras médico-hospitalares.

Existem basicamente três tipos de planos de saúde: a) individual ou familiar, cuja adesão é livre; b) coletivo por adesão, em que se exige um vínculo com associação profissional ou sindicato; e c) coletivo empresarial, no qual é necessário vínculo com pessoa jurídica, por relação empregatícia ou estatutária.

Segundo a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE), a proporção de beneficiários de assistência média segundo tipo de contratação do plano é a representada no gráfico a seguir:

Gráfico 1 Distribuição dos beneficiários de planos de assistência médica por tipo de plano



Fonte: Fenasaúde Disponível em <http://fenasaude.org.br/estatisticas/beneficiarios.html>. Acesso em 10/03/2020

Note que parcela expressiva dos planos são coletivos, mais de 80% da totalidade, o que gera mais atenção ainda pelas deliberações que virão do STJ sobre esse tipo de plano.

¹ Agência Nacional de Saúde Suplementar. Agenda Regulatória – Temas da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos. Brasília, out/2019.

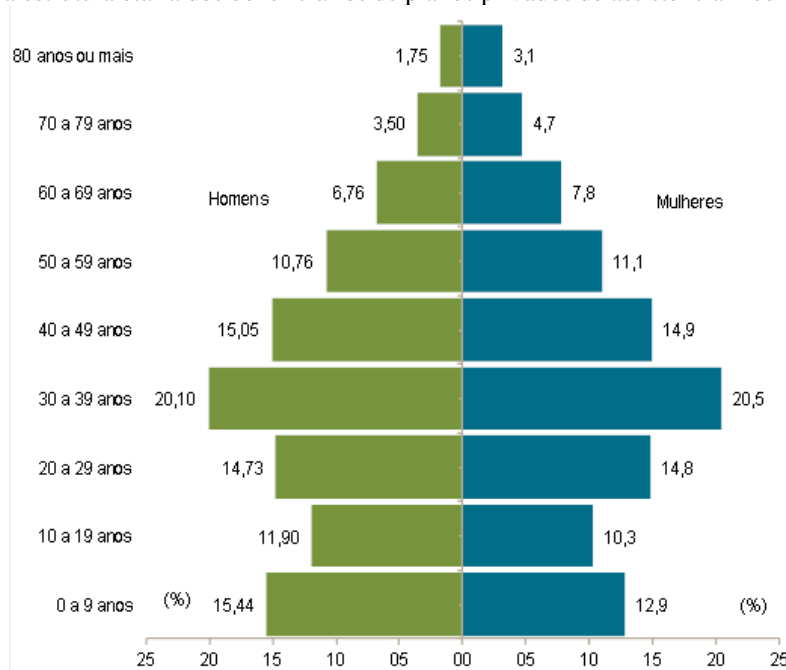
Um tema regulatório em discussão atualmente na ANS é como garantir o acesso do consumidor aos serviços de saúde suplementar por meio da contratação/adesão de plano privado de assistência à saúde.

Conforme adiantado na introdução, expressão chave nessa discussão é sistema mutualista, modelo no qual várias pessoas contribuem para que algumas possam utilizar o serviço, isto é, os beneficiários pagam uma mensalidade fixa, conforme seu tipo de cobertura assistencial, faixa etária e rede conveniada, sendo que os custos da utilização do serviço são diluídos pelos integrantes do grupo daquela carteira da operadora do plano de saúde.

Há implícito nessa dinâmica um pacto intergeracional, ou seja, os mais jovens ajudam a financiar os mais idosos. Há ainda uma precificação relacionada com o risco do beneficiário, de maneira que a maior idade, por apresentar um risco maior, tende a ter contraprestações pecuniárias mais elevadas.

Com base nessa característica, algumas variáveis têm grande peso na dinâmica do setor de saúde suplementar, como a expectativa de vida do brasileiro, que é a maior da história, e desaceleração do crescimento populacional. Isso gera a seguinte pirâmide da estrutura etária dos beneficiários de planos privados de assistência médica:

Gráfico 2 Pirâmide da estrutura etária dos beneficiários de planos privados de assistência médica Brasil – Junho/2019



Fonte: ANS. Agenda Regulatória – Temas da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos

Outro aspecto importante do setor consiste no fato de que a taxa de inflação médica é bem superior à taxa de inflação média da economia. No caso brasileiro, segundo apresentação da ANS, a inflação médica, em 2018, foi de 16,9% contra uma inflação oficial de 3,75%.

Diante desse cenário, o grande desafio do setor é como garantir que os preços de comercialização sejam sustentáveis do ponto de vista econômico-financeiro, ou ainda, como precificar adequadamente os planos de saúde de forma que eles sejam atraentes tanto para os consumidores quanto para as operadoras. Ressalta-se, nesse ponto de vista, que a existência de um sistema equilibrado de saúde suplementar é fundamental para a manutenção da qualidade de vida da população brasileira, pois o sistema de saúde pública não consegue absorver toda a demanda.

1.2 DISCUSSÃO NO PODER JUDICIÁRIO A PARTIR DO STJ

O Recurso Especial nº 1715798/RS, a ser analisado pelo STJ, foi interposto pela UNIMED NORDESTE RS – SOCIEDADE COOP DE SERV MÉDICOS LTDA em face de acórdão do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul (TJ/RS), que se manifestou pela nulidade de cláusula contratual de plano de saúde coletivo que prevê reajuste por faixa etária. Sumariamente, a justificativa para isso consistiria, com base no Código de Defesa do Consumidor (CDC), na não indicação dos critérios utilizados para determinar os reajustes, que estariam assumindo valores expressivos, rompendo com o equilíbrio contratual.

Segue trecho do referido acórdão, que é o objeto do recurso impetrado pela Unimed no STJ e sustenta algumas alegações a respeito da inviabilidade do aumento devido à ausência de critérios e falta de previsibilidade na situação contratual:

3. A cláusula contratual que determina o acréscimo na mensalidade em razão da mudança de faixa etária não indica os critérios utilizados para determinar o reajuste em valor tão expressivo, rompendo com o equilíbrio contratual, princípio elementar das relações de consumo, a teor do que estabelece o artigo 4º, inciso III, do CDC.
4. Destarte, o consumidor tem o direito de prever qual será a amplitude do aumento dos preços do contrato a que está submetido, o que deve ser realizado de forma equitativa entre os contraentes, em especial nos contratos de prestações sucessivas, como é o caso dos autos. Nessa seara, com base no artigo 51, incisos IV, X e XV, §1º, do CDC, reconhece-se a impropriedade do aumento da mensalidade por implemento de idade.
5. É consequência da declaração de nulidade da cláusula a sua exclusão do contrato e não substituição por outra cunhada judicialmente a qual faz parte do pacto e nem tem manifestação de vontade das partes para produzir o efeito desejado. Além disso, a limitação

do índice a ser aplicado importa também em autorizar o aumento, em evidente violação às normas citadas anteriormente.

Como já mencionado anteriormente, a questão dos reajustes por faixa etária em planos individuais ou familiares foi analisada pelo STJ pelo rito de recursos especiais repetitivos, tendo sido firmado entendimento pela validade do referido reajuste, observadas legislações específicas dos órgãos reguladores.

Nesse contexto, o STJ, por meio do Recurso Especial nº 1.568.244 RJ, analisado pelo Ministro Villas Boas Cueva, entende que é possível o reajuste devido à totalidade que envolve a questão em relação à lógica de funcionamento e necessidade de equilíbrio financeiro no sistema de saúde suplementar. A ideia é que haja condições de um número relevante de contribuintes estarem inseridos no próprio sistema a fim de garantir sua manutenção, sem onerar ou desonerar isoladamente e em excesso apenas uma faixa etária:

2. A cláusula de aumento de mensalidade de plano de saúde conforme a mudança de faixa etária do beneficiário encontra fundamento no mutualismo (regime de repartição simples) e na solidariedade intergeracional, além de ser regra atuarial e asseguradora de riscos.

3. Os gastos de tratamento médico-hospitalar de pessoas idosas são geralmente mais altos do que de pessoas mais jovens, isto é o risco assistencial varia consideravelmente em função da idade. Com vistas a obter maior equilíbrio financeiro ao plano de saúde, foram estabelecidos preços fracionados em grupos a fim de que tanto os jovens quanto os de idade mais avançada paguem um valor compatível com os seus perfis de utilização dos serviços de atenção à saúde.

4. Para que as contraprestações dos idosos não ficassem extremamente dispendiosas, o ordenamento jurídico pátrio acolheu o princípio da solidariedade intergeracional, a forçar que os de mais tenra idade suportassem parte dos custos gerados pelos mais velhos, originando, assim, subsídios cruzados (mecanismo do *community rating* modificado).

5. As mensalidades dos mais jovens, apesar de proporcionalmente mais caras, não podem ser majoradas demasiadamente, sob pena de o negócio perder a atratividade para eles, o que colocaria em colapso todo o sistema de saúde suplementar em virtude do fenômeno da seleção adversa (ou antisseleção).

Note que a argumentação considera argumentos em prol do equilíbrio econômico-financeiro dos planos de saúde, para que eles continuem em atividade; no entanto, aceita que haja uma solidariedade intergeracional para não encarecer demasiadamente o preço a ser cobrado dos idosos.

Deve ser encontrada a calibragem ideal dos preços para que mais pessoas, de todas as idades, possam ter acesso à saúde suplementar, sem inviabilizar esse mercado, levando-se em conta que sua supressão seria prejudicial ao sistema público de atendimento em saúde, causando uma sobrecarga grave na demanda por atendimentos. Na seção seguinte, trabalha-se a questão por meio de uma noção de modelagem microeconômica.

1.3 ASSIMETRIA INFORMACIONAL E INCENTIVOS ECONÔMICOS

Conforme discutido nas seções anteriores, o setor de saúde suplementar possibilita um nível elevado de assimetria de informação que, se não tratada adequadamente, pode inviabilizar o setor devido aos seus custos e necessidade contributiva por parte dos usuários.

O primeiro problema informacional reside na seleção adversa. Os beneficiários dos planos privados de assistência médica conhecem bem seu estado de saúde, mas a operadora não detém essa informação. Assim, a seguradora estabelece o valor da mensalidade com base em um risco médio. Mas fazendo isso, ela seleciona os clientes com maior exposição ao risco, ou seja, a seguradora seleciona adversamente os piores segurados.

Evidentemente, os planos de assistência médica estão a par dos problemas de seleção adversa e investem recursos para dividir os segurados em graus de riscos diferentes e, conseqüentemente, poder cobrar de maneira diferente. Uma variável que serve de indicativo para o grau de risco é a idade do segurado. No entanto, com já se discutiu, também faz parte deste jogo a atuação do Estado, tanto por meio da regulação do Poder Executivo, quanto pelas decisões do Poder Judiciário.

Outro tipo de problema envolvendo a assimetria informacional é o risco moral. Nesse aspecto, a dificuldade consiste no fato de que os planos de assistência médica não conseguem monitorar o quanto cada segurado cuida da sua própria saúde, ou ainda, se o segurado está usando demasiadamente os serviços sem haver necessidade (caso do hipocondríaco).

Perceba que a assimetria de informação no setor de saúde suplementar exige a construção de uma sinalização adequada para que os tipos de planos de saúde sejam oferecidos de maneira adequada, criando interesse para segurados e seguradoras.

Essa sinalização, juntamente com a respectiva precificação gerada, deve ser transposta para um contrato claro, com concordância expressa das partes, diminuindo as chances de intervenções estatais indevidas que prejudiquem o setor.

2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental que as regras de um sistema encontrem o equilíbrio dos interesses dos atores envolvidos no contexto econômico. Assim, observa-se que tanto o aparato normativo como as decisões judiciais no contexto da saúde suplementar do Brasil precisam ir a encontro daqueles incentivos que colaborem para o bom funcionamento desse sistema.

Uma construção normativa que não propicie o bom desenvolvimento dos serviços por partes do mercado, assim como uma que possa inviabilizar a capacidade contributiva dos interessados em compor o rol de usuários do setor, é capaz de inviabilizar a própria existência desse nicho de serviços essenciais. Nesse contexto de muitos interesses envolvidos, principalmente por parte dos usuários, que inclusive demandam soluções perante o poder judiciário, é essencial que a atuação desse poder seja baseada em evidências econômicas que não desequilibrem o bom funcionamento do serviço em tela, ao mesmo tempo em que deve buscar garantir o bom cumprimento do direito.

Dessa maneira, cabe aos órgãos oficiais, às empresas e aos clientes uma sólida busca por equilíbrio, considerando suas possibilidades e limitações, a fim de garantir que os produtos em torno do setor atinjam os melhores patamares possíveis a partir do seu próprio funcionamento.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Agenda Regulatória – Temas da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos. Brasília, out/2019.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (STJ). Recurso Especial nº 1.660.193 RS (2016/0148197-5). Relator: Ministro Paulo de Tarso Sanseverino. Recorrente: UNIMED Nordeste RS Sociedade Coop. de Serviços Médicos LTDA. Brasília, 2018.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (STJ). Recurso Especial nº 1.568.244 RJ (2015/0297278-0). Relator: Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Recorrente: Maria das Graças SA. Brasília, 2016.