



INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Análise Especial: Reajuste de mensalidade de planos coletivos por mudança de faixa etária: legalidade e economicidade

Validade da cláusula de reajuste por mudança de faixa etária em contratos de planos de saúde coletivos e ônus da prova da base atuarial do reajuste.

Audiência pública Tema 1016/STJ, em 10 de fevereiro de 2020.

Autor: José Cechin, superintendente executivo do IESS

1. INTRODUÇÃO

O Superior Tribunal de Justiça (STJ) acatou solicitação do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) de apresentar sua visão relativa à questão do reajuste das mensalidades de planos coletivos em razão da mudança por faixa etária e ao ônus da prova da base atuarial do reajuste.

O IESS é uma entidade sem fins lucrativos que tem por objetivo a realização de estudos que promovam a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar – um setor que tem elevado peso na economia do País, contribuindo com a saúde dos brasileiros junto com o sistema público.

Nos seus 18 anos de existência, o Instituto já acumula um considerável acervo de estudos e publicações sobre formação de preços dos planos, custos por faixas etárias, variação dos custos per capita, aplicação das regras de reajuste por época de contratação, entre muitos outros exemplos.

A questão do reajuste por mudança de faixa para planos individuais e familiares já está pacificada no Judiciário. Agora está para análise e decisão sua aplicabilidade aos planos coletivos. Sustenta-se que não há razões técnicas para que não seja aplicável em planos coletivos, já que seguem princípios idênticos e regulação semelhante, com exceção do reajuste anual que, no caso de planos individuais e familiares, é determinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme estabelece a legislação.

Além da similaridade com planos individuais, argumenta-se que é válida a precificação por faixas etárias, bem como os reajustes daí decorrentes, pois é a forma de se atender um princípio da teoria atuarial que prescreve que os riscos dos participantes do seguro sejam semelhantes. A forma de assegurar riscos semelhantes é agrupar as pessoas em faixas etárias, já que os riscos, entendidos como o custo médio per capita dos serviços de assistência à saúde, variam acentuadamente com a idade. Ainda convém lembrar que a Lei 9.656/98 (dos planos de saúde) não veda diferenciar preços

por idade e ademais fixa como condição para precificação e reajuste por faixa etária que as faixas e os índices de reajustes estejam explicitados no contrato inicial.

No texto, descrevem-se os fundamentos normativos e técnicos atuariais da formação dos preços e dos reajustes, notando-se desde logo que não há na lei qualquer vedação a precificar segundo idade nem quaisquer limites aos reajustes. Mas estabelece com nitidez que se o plano desejar variar as mensalidades por mudança de faixa etária, as idades de transição e os respectivos percentuais de reajuste devem constar explicitamente nos contratos. As regras de precificação foram estabelecidas em normas infralegais, segundo condições de contorno estabelecidas em lei.

A questão do ônus da prova da base atuarial do reajuste é resolvida pela exigência imposta pelo órgão regulador, a ANS, prévia à comercialização dos planos que é a submissão da Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP) com as justificativas atuariais para os preços de cada faixa etária e, portanto, dos respectivos reajustes por mudança de faixa de idade.

Discorre-se sobre conceitos dos seguros, envelhecimento populacional e perfis de gastos médios por idade, formação de preços dos planos, reajustes por mudança de faixa etária (opções do legislador e norma), prática nas empresas contratantes de planos bem como nas operadoras.

2. CONCEITOS DE SEGUROS

Durante a vida estamos expostos a diferentes eventos que, se materializados, podem nos acarretar grandes perdas patrimoniais. Desde a antiguidade, foram desenvolvidas formas de proteger o patrimônio daqueles que forem afetados pela materialização de eventos futuros e incertos. Trata-se do seguro, que não evita o acontecimento, mas transfere para o segurador suas consequências patrimoniais mediante o pagamento de um “prêmio” por parte do segurado.

Entre os eventos futuros e incertos que podem afetar o patrimônio das pessoas sobre as quais eles se materializam está a doença, que

exige diagnóstico e tratamento. Ao segurado que adoecer ficam assegurados os recursos para o diagnóstico e tratamento, que podem ser na forma de prestação direta ou conveniada dos serviços necessários e cobertos ou na forma de reembolso das despesas incorridas até o limite contratado de reembolso. A cobertura pressupõe o pagamento do prêmio ou mensalidade do plano ou seguro.

Assim, os planos e seguros de saúde funcionam segundo os mesmos princípios dos seguros gerais. A notável diferença é a inexistência de “capital segurado” ou de limites financeiros para os gastos com saúde.

Há elementos essenciais para o funcionamento dos seguros, a saber: os eventos cobertos devem ser futuros e incertos; devem ser imprevisíveis para os indivíduos; mas devem ter previsibilidade coletiva para que possam ser precificados; a cobertura é baseada no mutualismo e solidariedade, que significa repartir igualmente os riscos que se materializam desigualmente entre os indivíduos; e pressupõem a mais estrita boa-fé.

Por risco em saúde, entende-se o custo médio per capita dos serviços de saúde do grupo que aderir à apólice do seguro ou plano.

Em resumo, no seguro-saúde ou no plano de saúde, todos os participantes pagam seus prêmios/mensalidades para que os poucos afetados por doenças evitem perdas em seus patrimônios.

O seguro converte o risco de uma perda patrimonial, que pode ser muito grande, decorrente de eventos que afetem a saúde da pessoa em mensalidade líquida e certa (que é mais modesta do que o gasto com a recuperação da saúde, independentemente da estrutura usada ou dos profissionais envolvidos).

Obviamente, nem todos os riscos são seguráveis. Para que o sejam, diversas condições precisar estar presentes, entre elas o evento coberto deve ser imprevisível e futuro; sua ocorrência não pode ser impactada intencionalmente pelo segurado; o evento deve ter probabilidade

mínima de ocorrer simultaneamente com todos os segurados; o valor da indenização deve ser calculável (previsibilidade coletiva); o custo para segurar o risco deve ser economicamente viável.

Destaca-se ainda um requisito muito importante, especialmente em saúde: a probabilidade de ocorrência do risco deve ser homogênea dentro do grupo segurado.

3. ENVELHECIMENTO E PERFIL DE GASTOS PER CAPITA

A população brasileira envelhece muito rapidamente. Em menos de 20 anos, contados a partir de 2014, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos de idade dobra, processo esse que levou mais de um século em diversos países.

Esta profunda e rápida mudança provém de duas tendências – queda da taxa de fecundidade e aumento da proporção de pessoas que alcançam idades cada vez mais altas. Nos anos 1960, as mulheres brasileiras em idade fértil tinham mais de seis filhos. Hoje, têm menos de 1,8, taxa inferior à necessária para a reposição dos pais. Com essa taxa, em poucos anos a população começará a encolher. O IBGE estima que essa data esteja próxima a 2040.

Segundo a última estimativa dessa instituição, na sua revisão de 2018, nos próximos 40 anos, entre 2019 e 2059, o número de brasileiros com até 18 anos de idade se reduz em 13,7 milhões, ou 23,9%; a população em idade ativa, assim considerada a faixa etária dos 19 a 58 anos de idade¹, se reduz em 10,2%; já o número de maiores de 58 anos cresce 144,1% (Tabela 1).

Importa notar que nesses 40 anos a população de sexagenários dobra, a de septuagenários quase triplica e a de octogenários praticamente quadruplica. Atualmente, há 3,5 milhões de octogenários e em 40 anos haverá 13,7 milhões, estima o Instituto.

Transformação assim profunda trará consequências para a sociedade brasileira, de diversas ordens, como o redirecionamento da

1. A População em Idade Ativa, PIA, pela definição clássica, compreende a faixa etária dos 16 aos 64 anos de idade. As idades adotadas neste texto tomam como referência as idades que delimitam as faixas intermediárias definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS, mostradas mais adiante.

Tabela 1 - População brasileira por faixa etária

FAIXA ETÁRIA	2019 (MILHÕES)	2059 (MILHÕES)	Δ (%)
00-18	57,1	43,4	-23,9
19-58	121,9	109,5	-10,2
59+	31,2	76	144,1
60-69	14,1	29,6	108,8
70-79	8,7	24,7	185,5
80-89	3,5	13,7	291,7

Fonte: IBGE. Projeção da população, revisão 2018.

infraestrutura social, com a criação de oportunidades de ocupação para as gerações idosas. O impacto nos gastos com aposentadorias será considerável, assim como nas despesas com saúde.

O envelhecimento acelerado terá grande impacto nas despesas da Previdência Social, portanto nas finanças públicas das três esferas de Governo, o que já vinha sendo alertado por estudiosos e responsáveis pela proposição de reformas desde o início da década de 1990. Se não ajustado, a diferença entre a arrecadação das contribuições previdenciárias e a despesa com benefícios continuaria a crescer até virtualmente exaurir a maior parcela da receita corrente líquida da maioria dos entes federados. Várias Emendas Constitucionais reformando aspectos dos regimes previdenciários foram promulgadas desde então. A mais recente, a EC 103, ainda que não tenha alterado importantes aspectos, como os benefícios aos segurados especiais, aos militares e servidores estatuais e municipais, e tenha mantido uma diferenciação para professores dos ciclos infantil, intermediário e médio, trouxe importantes ajustes nos parâmetros dos regimes previdenciários. A aprovação dessas mudanças teve efeito imediato sobre as perspectivas de solvência futura do Estado brasileiro e, conseqüentemente, na formação das expectativas empresariais.

O envelhecimento também impacta as despesas com saúde. Dados do IBGE mostram o aumento da prevalência de doenças crônicas com a idade. Por exemplo, enquanto menos de 10% dos jovens de até 25 anos têm problemas de coluna, entre os maiores de 55 anos esse percentual sobe para 45%; a prevalência de hipertensão em menores de 40 anos não chega a 10%, mas entre os maiores de 60 anos sobe para quase 50%. Também aumenta o número de doenças crônicas à medida em que a idade avança. Segundo a última Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE, 54,1% dos brasileiros com 60 ou mais anos de idade têm pelo menos uma doença crônica; 47,1% têm pelo menos duas; e 33,2% têm três ou mais². Doenças crônicas não são 'curáveis', mas requerem tratamento continuado e muitas vezes dispendioso. No horizonte de 40 anos, o envelhecimento da população, *ceteris paribus*³, elevará os gastos com saúde em quase 50%. Envelhecer é preferível à alternativa e junto com a consequente elevação dos gastos com saúde constitui simples fatos da vida, que ocorrem em todo o mundo que se desenvolve.

Reconhecer o fato e suas conseqüências não equivale a desejar o desaparecimento precoce dos idosos. É passo essencial para o desenho de políticas públicas para enfrentar suas conseqüências. Políticas públicas

2. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013. Revista Brasileira de Epidemiologia, dez/2015.

3. Estimativa feita supondo que a população de 2019 tivesse a estrutura etária que terá em 2059, sem nenhuma outra alteração.

desenhadas sem base em informações sólidas dificilmente serão políticas.

Alerta-se que esse é um fenômeno estatístico e não uma relação de causa e efeito. Haverá indivíduos que passam pelos anos sem problemas de saúde, inclusive na idade avançada. Mas é notório o aumento da probabilidade de o idoso ter problemas de saúde.

As estatísticas são cristalinas e universalmente claras quanto a esse ponto. Um importante estudo do IESS⁴, usando dados de uma amostra de quase um milhão de planos individuais, revelou que, em 2018, enquanto as pessoas de 54 a 58 anos de idade tiveram um gasto médio per capita de R\$ 4.555, as pessoas com 70 a 74 anos tiveram um gasto duas vezes maior, de R\$ 9.061, e as de 80 ou mais anos de idade, R\$ 19.263, ou quase quatro vezes mais alto (Gráfico 1). Essa relação se repete em cada plano de saúde e em toda a população beneficiária de planos. Também vale para a população brasileira como um todo.

Como se pode observar neste Gráfico 1, há enormes diferenças de gastos médios per

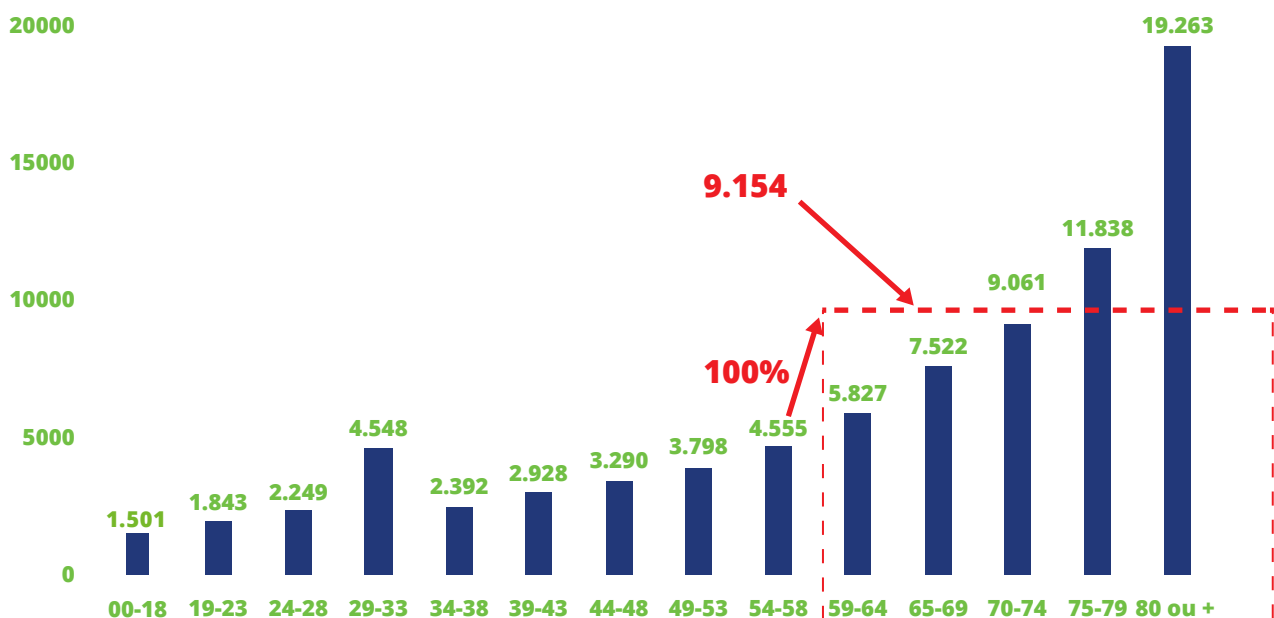
capita nas faixas etárias acima dos 58 anos de idade. O gasto médio deste conjunto de faixas, considerando os dados de 2018, é de R\$ 9.154, mais que o dobro do gasto médio da faixa anterior, dos 54 anos aos 58 anos de idade.

Faz-se necessário ressaltar que a variação dos gastos médios da faixa 54-58 anos para a faixa dos 59 e mais anos de idade supera 100%, ou seja, o gasto médio per capita dobra nessa mudança de faixa etária.

O perfil etário dos gastos per capita no SUS, compreendendo toda a população brasileira, especialmente aquela que não tem planos de saúde, segue uma curva em J, com valores muito altos no primeiro ano de vida e baixos nas idades seguintes, na adolescência e na idade adulta jovem (Gráfico 2). Mas a partir dos 50 anos de idade, os gastos médios per capita crescem exponencialmente, para estabilizar somente depois dos 80 anos de idade⁵.

A experiência de 14 países da Comunidade Europeia segue perfil semelhante: o gasto per capita como proporção do PIB (para homogeneizar as comparações entre os países) também

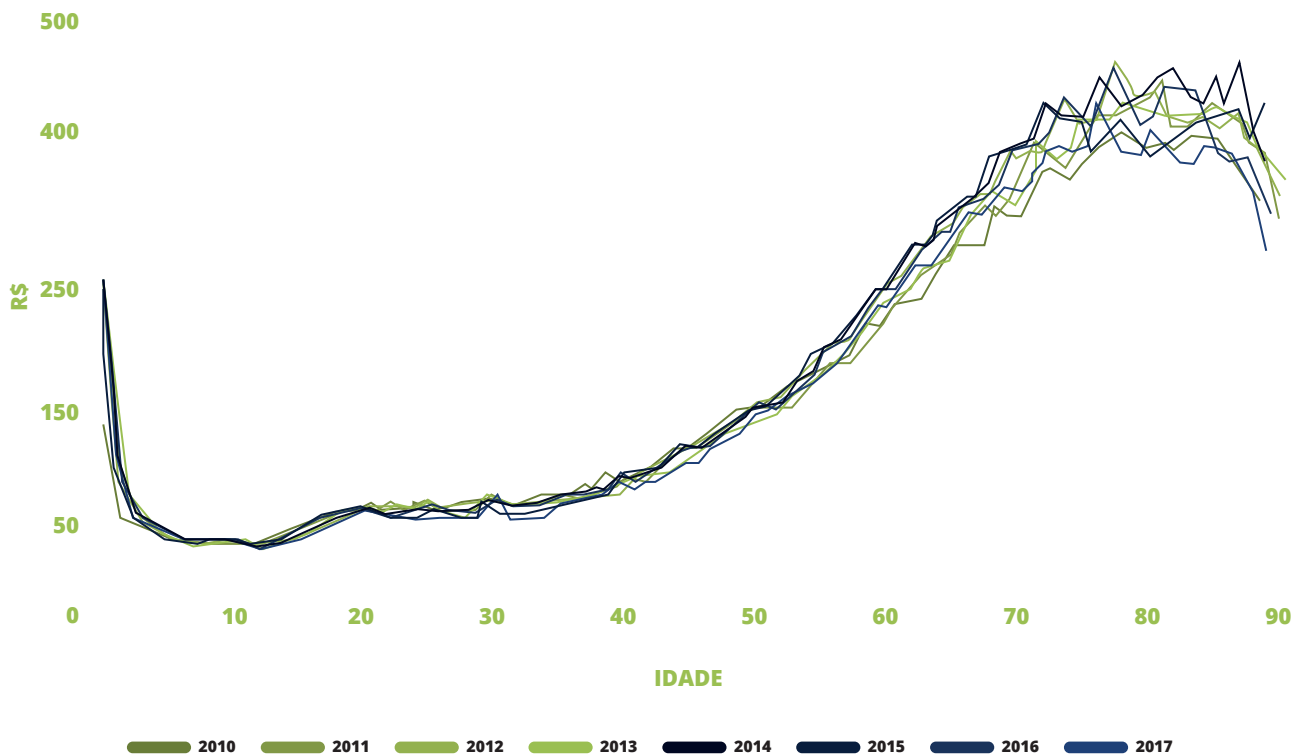
Gráfico 1 - Gastos por faixa etária de amostra de planos individuais. (R\$ de 2018)



Fonte: IESS <http://documents.scribd.com.s3.amazonaws.com/docs/46m3sbtwzk5kfi0p.pdf>

4. TD nº 57/2016. Atualização das projeções para a saúde suplementar dos gastos com saúde divulgados no relatório "Envelhecimento Populacional e os Desafios para o Sistema de Saúde Brasileiro". Autora: Amanda Reis.

5. STN/ME Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil. STN 31/102019

Gráfico 2 - Perfil etário das despesas com saúde no SUS

Fonte: STN/ME. Aspectos fiscais da saúde no Brasil. STN 31/10/2018

segue uma curva com perfil em J para cada um dos 14 países que compõem a amostra⁶.

4. FORMAÇÃO DE PREÇOS DOS PLANOS – CÁLCULO ATUARIAL

Planos e seguros de saúde podem ser iniciativas empresariais que visam resultados econômicos ou lucro. Por isso, os produtos comercializados precisam ser estruturados de forma a preservarem o equilíbrio econômico-financeiro. Portanto, os prêmios (preços ou mensalidades) devem cobrir todos os custos, acrescidos de margem para outras despesas com administração, tributos e resultado.

Ocorre que os custos que o produto precisará cobrir não são conhecidos a priori. Somente podem ser conhecidos a partir da operação do plano ou seguro. Por isso, a formação dos preços, que deve preceder a comercialização, envolve estimativa de custos, em bases atuariais (pois os gastos são probabilísticos). A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regulamentou o tema exigindo para a comercialização de um produto a Nota Técnica de Registro

de Produto (NTRP). Essa nota deve apresentar a justificativa técnica em bases atuariais para a faixa de preço a ser autorizada a praticar.

Os cálculos se baseiam na experiência prática de uma população com características semelhantes à população-alvo da operadora. Portanto, estima-se o custo do risco, que resulta de cálculo atuarial, feito por faixas etárias.

O preço de comercialização é determinado pela soma de diversos componentes: custo do risco propriamente dito, margens para despesas diversas necessárias para a operação do produto, inclusive as tributárias, margem de segurança para fazer frente às variações das despesas e margem de lucro.

O custo do risco é obtido pela divisão do custo total atuarialmente estimado pelo número de beneficiários que a operadora espera alcançar. Isso segue estritamente o princípio do mutualismo, ou seja, os aderentes ao produto não sabem de antemão se vão ter problemas de saúde que exijam serviços de assistência nem quanto irão despendendo. No entanto, sabem com precisão o quanto deverão pagar de

6. Westerhout, E. e Pelikaan, F. Can we afford to live longer in better health? (July 2005).

mensalidade. Os recursos assim gerados não pertencem à operadora, mas são por ela administrados para custear as despesas daqueles segurados que precisarem dos serviços de assistência à saúde.

É a repartição igual das despesas esperadas com assistência à saúde daqueles participantes do seguro que a operadora estima venham a ter o infortúnio materializado sobre suas pessoas, o chamado risco segurado.

Dado o perfil de gasto per capita mostrado em seção anterior, consideravelmente crescente com a idade, como se formam os preços dos planos de saúde? Para isso é importante lembrar da condição essencial de segurabilidade do risco: que no grupo segurado os riscos devem ser semelhantes, isto é, a probabilidade de materialização do risco entre o grupo de participantes não deve diferir muito de pessoa a pessoa. É disso que trata a próxima seção.

5. REAJUSTES POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA – PERTINÊNCIA, LEGALIDADE, OPÇÕES E NORMAS

O preço é reajustado nas mudanças de faixa etária porque o gasto médio per capita cresce com a idade, que é, como visto acima, um simples fato da vida. Agrupar os segurados por faixas etárias é a forma de se ter na apólice para cada preço indivíduos de risco semelhante (desconsiderando diferenças nas características genéticas ou nos hábitos).

O legislador, certamente aconselhado por expertos em avaliações atuariais, estabeleceu as condições que devem ser observadas para que seja possível discriminar preços conforme idade e aplicar reajustes em cada mudança de faixa etária. Assim estabelece a Lei 9.656/98:

“Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei,

em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001).”

Resta claro que o dispositivo não obriga nem impede que os preços variem por idade e que sejam reajustados nas mudanças de faixa etária. Mas estabelece as condições para tanto: que estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajuste incidentes em cada uma delas, empoderando ademais o órgão regulador a expedir normas a respeito.

Como mostrado acima, os planos e seguros de saúde funcionam na forma de mutualismo, em que um grupo solidário reparte entre si, a priori, o custeio das despesas que, segundo as avaliações atuariais, são esperadas na operação do plano. A pergunta, então, é como se define o grupo solidário.

Há diversas maneiras de se formar o grupo etário segurado de forma a repartir seus custos atuariais esperados. Estas maneiras variam entre dois extremos: de um lado, mutualismo em toda a população com preço independente de idade e, de outro, mutualismo entre pessoas de mesma idade⁷.

No primeiro caso, todas as pessoas participantes do plano teriam a mesma mensalidade, independentemente de idade. Parece uma solução ideal, com solidariedade entre toda a população segurada. Mas essa opção enfrentaria dificuldades.

Primeiro, porque colocaria no mesmo grupo solidário pessoas com riscos (custos médios per capita) muito diferentes. Por exemplo, dados do SUS (Gráfico 1) mostram que os custos médios das pessoas que têm 80 ou mais anos de idade são nove vezes mais altos do que os das crianças e adolescentes.

7. Poder-se-ia imaginar uma discriminação ainda mais granular entre os indivíduos, de acordo com suas características genéticas (herdadas), sanidade do meio ambiente em que vive, hábitos de vida (uso ou não de tabaco, álcool ou ainda drogas mais pesadas). A possibilidade técnica está dada nos dias de hoje, contudo parece-me totalmente inadequado discriminar preços segundo características herdadas. Características herdadas não dependem da vontade da pessoa. Diferentemente na questão dos hábitos, que são da escolha do indivíduo. Independente de preferências, a regulação infralegal não admite a discriminação de preços, exceto por idade.

Segundo, o preço deveria corresponder ao custo médio observado em todo o grupo etário ou toda população. Disso resultaria uma mensalidade muito alta relativamente ao risco (custo médio) para os “jovens” e simultaneamente “muito baixa” para os idosos, frente aos seus respectivos custos médios. Essa opção forneceria um poderoso estímulo à seleção adversa: os jovens, com a possível exceção dos indivíduos altamente avessos ao risco ou com alta probabilidade percebida de desenvolverem sérios problemas de saúde, optariam por não aderir ao plano, enquanto os mais idosos teriam um poderoso incentivo a participar.

Dessa seleção adversa, que inibe a adesão dos “jovens”, resultaria um custo médio mais alto do que o médio de toda a população, iniciando mais uma rodada de seleção adversa, isto é, mais jovens optando pela não adesão ao plano. O preço precisaria ser ainda mais alto, afastando mais jovens, desencadeando uma espiral que terminaria por ter no plano somente idosos ou grupos de indivíduos altamente avessos ao risco ou com grande potencial de desenvolvimento de doenças.

Essa modalidade de preço único em toda a população encontra aplicação em alguns lugares, mas sempre acompanhada da intervenção do Estado, que obriga seus cidadãos ou empresas a aderirem ao plano ou seguro de saúde⁸. Nos estados americanos da costa leste, que nos anos 1990 adotaram preço único independente de idade, o resultado foi um grande aumento nos preços e uma redução no número de segurados. Além dessa obrigação, é também necessária a constituição de fundos de compensação entre operadoras para equalizar o risco entre aquelas que têm alta proporção de idoso e as que têm baixa participação de idosos, como no caso da Irlanda.

No segundo caso, as pessoas participantes do plano teriam preços correspondentes ao

risco da idade. Essa opção eliminaria a seleção adversa, pois o preço corresponderia ao custo médio do grupo de pessoas que tem a mesma idade. Teria, no entanto, outro grave inconveniente: o preço seria alto para idosos e tanto mais alto quanto mais idosa fosse a pessoa. Isso tenderia a inviabilizar a permanência dos idosos nos planos, considerando que a maioria teria como renda o valor da aposentadoria do INSS⁹.

Os grupos etários foram definidos pelo legislador infralegal tendo por objetivo minimizar a seleção adversa e, ao mesmo tempo, viabilizar a permanência de idoso nos planos. Com o propósito de minimizar a seleção adversa, o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), em sua Resolução nº 06/98, definiu sete faixas etárias, que admitiam reajustes até os 70 de idade (Tabela 2). Note-se que esse dispositivo não confrontava nenhum artigo de lei então vigente.

Ainda com o propósito, essa resolução CONSU fixou para o preço da última faixa etária o limite de seis vezes o preço da primeira. Anteriormente a essa Resolução, não havia norma legal ou infralegal disposta sobre faixas etárias, prevalecendo o que fosse estabelecido no contrato inicial.

Com a publicação do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03), para vigor a partir de 2004, o dispositivo da Resolução CONSU 06/98 foi substituído pela Resolução 63/03 da ANS. Essa Resolução adotou dez faixas etárias, a última na passagem dos 58 para os 59 anos de idade (Tabela 2). Manteve a relação de seis vezes entre o preço da primeira faixa e o da décima ou última e acrescentou mais uma condição: a variação de mensalidade entre a sétima e a décima não pode superar a variação entre a primeira e a sétima. Note-se que nada é fixado quanto aos percentuais reajustes dentro de cada um dos dois grupos de faixas etárias, sendo livre o contrato para estabelecer os percentuais de reajuste desde que obedecidas as condições de contorno já enunciadas.

8. Veja-se a respeito, por exemplo, o Parecer Técnico Atuarial da FIPECAFI: Faixa Etária Parecer Conceitual Técnico Atuarial, apresentado no III Congresso Jurídico de Saúde Suplementar em setembro de 2009.

9. O valor médio das aposentadorias do INSS em novembro de 2019, a preços desse mês, foi de R\$ 1.473,26.

Tabela 2 - Faixas etárias para efeitos de reajuste por mudança de faixa – CONSU e ANS

		RES. CONSU N° 06/98	RES. RN N° 63/03
	ATÉ 1998	1999 A 2003	2004 EM DIANTE
FAIXAS	NÃO DEFINIDAS	0 a 17 18 a 29 30 a 39 40 a 49 50 a 59 60 a 69 70 ou mais	0 a 18 19 a 23 24 a 28 29 a 33 34 a 38 39 a 43 44 a 48 49 a 53 54 a 58 59 ou mais
	FIXADO EM CONTRATO	VALOR DA ÚLTIMA FAIXA ≤ 6 vezes o valor da primeira	
OUTRAS REGRAS	Veda variação aos 60, para quem tem plano há 10+ anos (Lei 9656/98, Art. 15 paragrafo único)		Variação da 7ª e 10ª ≤ variação da 1ª a 7ª

A proteção aos idosos vem do fato de o custo médio da última faixa ser mais do que seis vezes mais alto do que o custo da primeira faixa, como mostrado no Gráfico 3. Para obedecer às condições fixadas pela Resolução 63/03 da ANS, o preço de praticamente todas as faixas etárias, com exceção da última, fica um pouco acima do que seria atuarialmente determinado pelo cálculo atuarial e o da última faixa fica abaixo do custo médio dessa faixa (R\$ 300 em vez de R\$ 360¹⁰, linha azul do Gráfico 3). Dessa forma, as mensalidades dos idosos resultam em valores menores do que seria necessário para a cobertura dos seus custos médios.

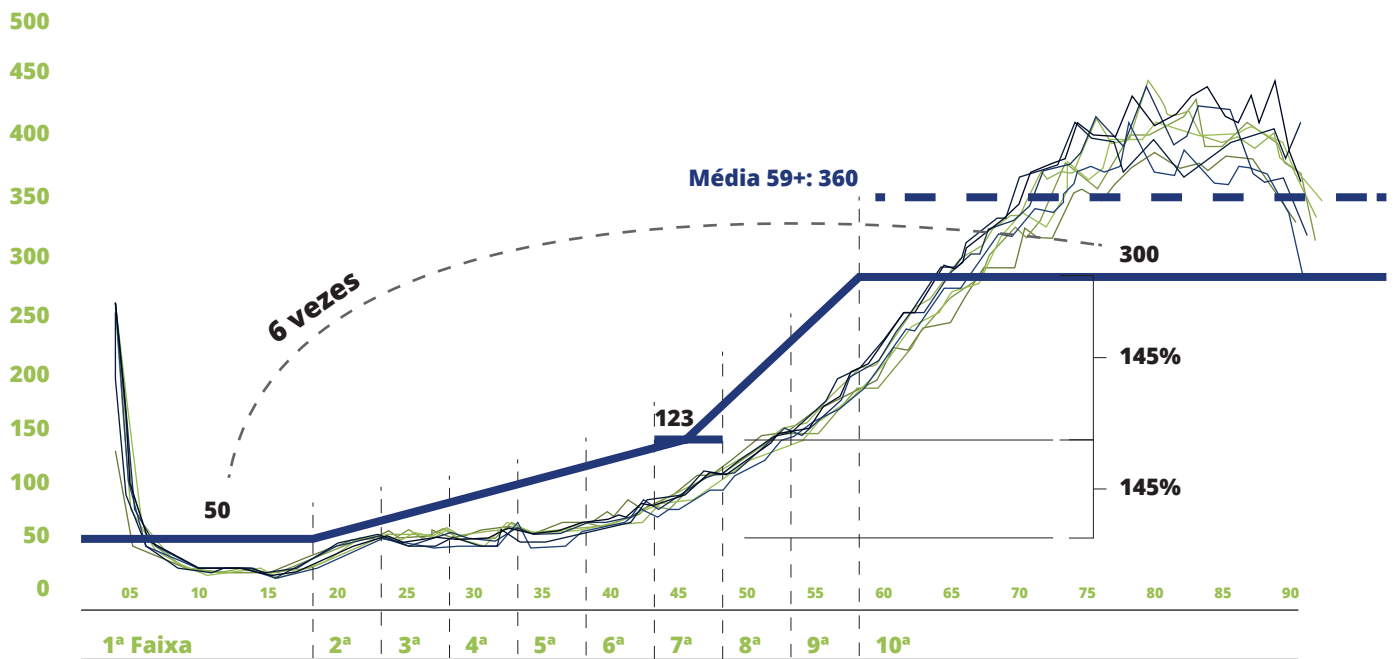
Esse arranjo estabeleceu, ainda que implicitamente, uma solidariedade intergeracional, ou seja, entre os grupos etários estabelecidos pela Resolução. Os segurados de cada faixa etária repartem solidariamente entre si seus custos médios e diversas faixas dos não-idosos contribuem para que os idosos de 59 ou mais anos de idade tenham uma mensalidade inferior aos seus custos médios.

Vale notar que as maiores diferenças entre o custo médio e a mensalidade (linha azul no Gráfico 3) incidem sobre os beneficiários com idades entre 48 a 59 anos. Essa construção é engenhosa, pois são as pessoas mais próximas de chegarem à última faixa etária que são solicitadas a exercerem o maior esforço de solidariedade.

A sustentabilidade desse arranjo depende de que se mantenha uma determinada proporção de “jovens” para cada idoso. É preciso que a sociedade e seus dirigentes estejam atentos para os efeitos da mudança de composição etária da população, com a redução significativa da proporção de jovens. O aumento das proporções de sexagenários e especialmente de septuagenários e octogenários elevará o custo médio da última faixa etária, dos 59 e mais anos de idade. Esse fato composto com a redução da proporção de jovens ensejará um importante desafio à sustentabilidade econômico-financeira dos planos e seguros de saúde, um processo que já está em curso como consequência da transformação demográfica em curso no Brasil.

10. Os dados estão em reais correntes de 2018. Notar que se referem ao sistema público. No setor privado os valores seriam bem mais altos.

Gráfico 3 - Custo médio por faixa etária e linha de preço segundo regras da ANS



Fonte: Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil. STN/ME 31/10/2019.

6. PRÁTICA NAS EMPRESAS E CONSIDERAÇÕES

A precificação segundo faixas etárias é a prática em todos os contratos de planos individuais e familiares e nos coletivos por adesão. Nos planos e seguros de saúde empresariais, ainda que predomine a prática de preço médio para todos os colaboradores, o plano tende a ser estruturado segundo faixas etárias. Quando o plano é custeado integralmente pela empresa, sem participação dos colaboradores na mensalidade, não há diferença para o contratante entre estruturar por faixas etárias ou aplicar simplesmente o preço médio. Se houver participação dos colaboradores no custeio da mensalidade, a estruturação por faixas etárias é importante por dois motivos principais. A parcela que cabe a cada beneficiário dependerá de sua idade e na demissão sem justa causa ou na aposentadoria o ex-colaborador tem o direito de permanecer, pelo menos temporariamente, no plano da empresa. Nessas situações a mensalidade, arcada integralmente pelo beneficiário, será a da faixa etária em que se enquadrar na demissão ou na aposentadoria. Isso vale

mesmo se, quando em atividade, esse beneficiário contribuisse com percentual sobre uma mensalidade média de todos os participantes, independentemente de idade, desde que o plano seja estruturado por faixas etárias, ainda que a contribuição de cada colaborador ativo seja calculada sobre o valor médio de todas as idades.

Nos planos empresariais com participação dos colaboradores no custeio da mensalidade, o que confere o direito de permanência, temporária ou permanente, no plano da empresa, se não houver preço por faixas etárias, os aposentados normalmente com idades acima dos 60 anos elevam o custo médio do plano, exigindo subsídios da empresa e dos seus colaboradores em atividade. Esse fato colocou, há muito pouco tempo, em dificuldades financeiras crescentes, à beira da falência, diversas indústrias montadoras de automóveis nos Estados Unidos. A saída que adotaram foi transferir os planos de saúde para os seus sindicatos mediante vultosos pagamentos.

Cabe ainda comentar sobre os “altos” valores das mensalidades cobradas de idosos e os igualmente altos índices de reajuste. Seriam

de fato caras as mensalidades dos idosos? A resposta depende do ponto de vista. Julgado pela renda dos idosos, não há dúvidas, as mensalidades são muito caras, absorvendo elevada fração do valor da aposentadoria do INSS. Mas, visto do lado dos custos médios dessa faixa etária, não se pode dizer que as mensalidades são altas, pois não cobrem o seu custo médio, sendo subsidiados pelas mensalidades dos mais jovens. Não pode ser considerado caro o preço de um bem ou serviço que não cubra seu custo de produção. Pode-se ainda julgar pelo lado das despesas que o indivíduo pode ter que enfrentar na vida. Considerados, por exemplo, os custos de tratamento de uma neoplasia, que podem superar o milhão de reais, não pode ser considerada cara uma mensalidade que, paga durante uma vida inteira de muitas décadas, não alcançaria o valor de um tratamento desse tipo.

Questão frequentemente levantada diz respeito aos “altos” reajustes na passagem dos 58 para os 59 anos de idade. Tendem a ser altos, é verdade, devido ao elevado aumento do custo médio, de até mais de 100%, da penúltima para a última faixa etária, como mostrado reiteradas vezes nesse texto. Se fossem estritamente aderentes aos custos médios de cada faixa, os preços deveriam dobrar nessa passagem de faixa etária, ou seja, terem um reajuste de mais 100%. Como a Resolução 63/03 da ANS nada fixa para os reajustes nas faixas etárias entre a sétima e décima faixas, a mensalidade poderia ser mantida constante dos 44 aos 58 anos de idade e, nesse caso, pela Resolução, o percentual que poderia ser aplicado na passagem dos 58 para os 59 anos de idade seria de 145%. Nada haveria de ilegal nesse reajuste pois seguiria a Resolução 63/03 da ANS. Diga-se que essa opção seria a mais favorável ao beneficiário, que teria que desembolsar os reajustes somente a partir dos 59 anos de idade. Seria a melhor opção para o indivíduo que conseguisse seguir uma disciplina de aplicação financeira da despesa postergada¹¹.

É notória a dificuldade que os indivíduos têm de seguir com a disciplina de aplicação

financeira dos valores monetários dos reajustes postergados. Por isso, notam-se iniciativas legislativas para vedar essa possibilidade, estabelecendo que os três reajustes da sétima para a décima faixas etárias sejam lineares, ou o mesmo reajuste percentual em cada uma dessas três mudanças de faixa etária. Nesse caso, o percentual a ser aplicado em cada mudanças seria de 34,8%.

Diante desta matemática, caberia ponderar se reajuste por mudança de faixa etária no percentual de 34,8% poderia ser considerado abusivo, dado que não há vedação regulamentar e resulta da aplicação das regras estabelecidas pelo órgão regulador, a ANS. A mesma ponderação, com ainda maior força, valerá se algum projeto de lei estabelecendo reajustes lineares entre a sétima e décima faixas etárias vier a ser aprovado e publicado.

Os percentuais decorrem de simples fato da vida: o crescimento das despesas com a evolução da idade.

7. CONCLUSÕES

Argumenta-se pela validade e mesmo pela conveniência de se precificar planos coletivos em faixas etárias, com o consequente reajuste em cada mudança de faixa etária, porque ausente qualquer vedação legal para a prática de preços e reajustes por faixas etárias.

A condição legal (Art. 15 da Lei 9.656/98) é que as faixas e os percentuais de reajuste estejam claramente definidos no contrato inicial.

Essa prática em nada inova, pois já é aplicada nos planos individuais e familiares, questão pacificada no Judiciário. A fundamentação técnica atuarial vem da conveniência de se ter pessoas com gastos médios per capita (risco) semelhantes no grupo participante do plano ou seguro. Agrupar indivíduos por idade é a forma de se assegurar riscos semelhantes no grupo segurado, já que o risco cresce consideravelmente com a idade.

11. Veja-se artigo do IESS, de Carina B. Martins, *Reajuste por faixa etária, uma abordagem financeira*. IESS 2009.

Note-se que há grandes diferenças de risco entre os idosos de 59 e mais anos de idade, contrariando a orientação atuarial de agrupar indivíduos por riscos semelhantes. Essa questão deverá ser oportunamente tratada pela Agência reguladora do setor.

Resolução da ANS fixa as faixas etárias e o cálculo atuarial, de responsabilidade da operadora, demonstrado em Nota Técnica de Registro de Produto, fixa as margens para os preços em cada faixa e conseqüentemente os índices de reajuste em cada mudança de faixa.

Os reajustes por mudança de faixa etária, especialmente na passagem dos 58 para os 59 anos de idade, tendem a ser altos, mas mesmo assim menores do que seria necessário para cobrir a variação dos custos, porque essa é muito alta.

A rigor, as condições de contorno estabelecidas pela ANS fazem com que haja subsídios cruzados das faixas mais jovens para a faixa do idosos.

Nesse esquema, os idosos têm uma mortalidade inferior ao custo de forma a viabilizar sua permanência nos planos. A variação máxima permitida entre a sétima e a décima faixas etárias é de 145%, que linearizadas entre as três faixas resultaria uma variação de 34,8% em cada uma. Esse percentual é da regulação. Como não há regras legais ou infralegais determinado limites para os reajustes nessas faixas, se o percentual aplicado na antepenúltima ou na penúltima faixa for menor do que 34,8%, o reajuste não última mudança será mais alto. É legal e mais favorável ao beneficiário previdente.

IESS

**INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

IESS
Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42
CEP 04534 004, Itaim, São Paulo, SP
Tel (11) 3706.9747
contato@iess.org.br

f /IESSBR @IESSBR in /COMPANY/IESSBR WWW.IESS.ORG.BR