

GUIA PRÁTICO PARA CONTRATAÇÃO E GESTÃO DOS PLANOS DE SAÚDE EMPRESARIAIS

PASSO A PASSO PARA QUE AS EMPRESAS
CONTRATEM O BENEFÍCIO MAIS ADEQUADO PARA
SEUS COLABORADORES E DE FORMA EFICIENTE

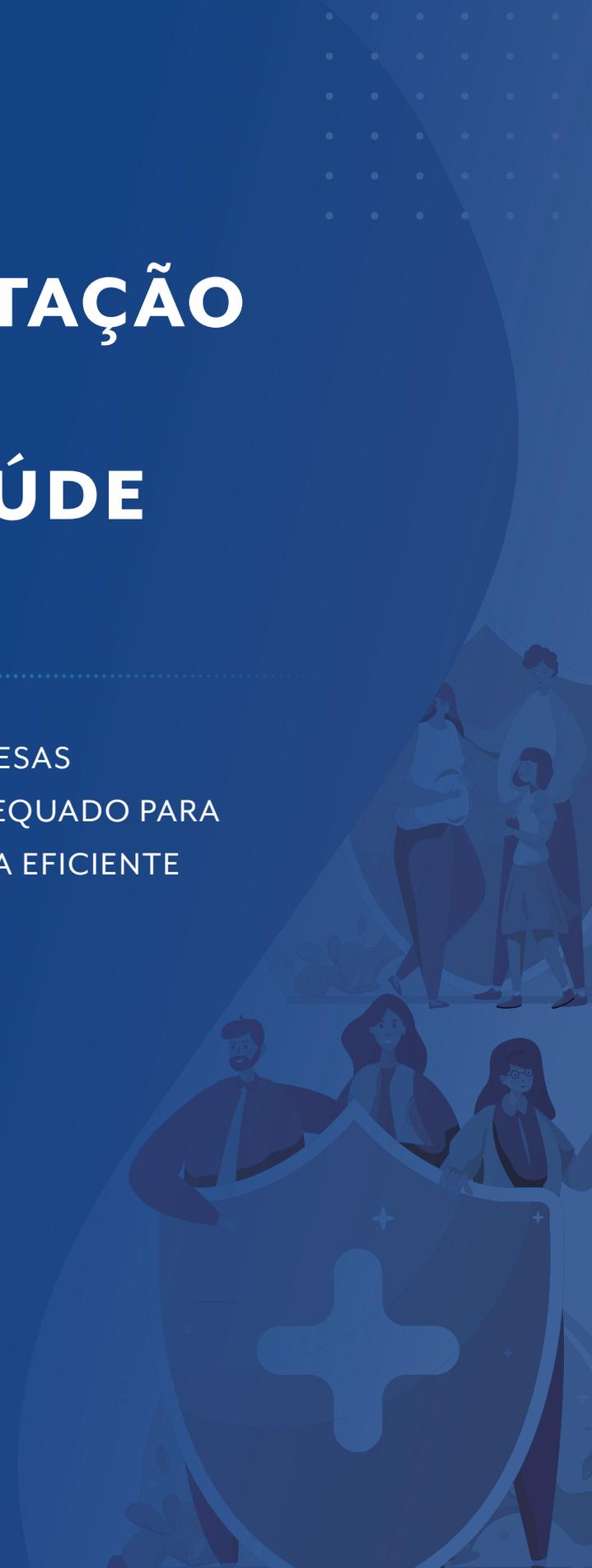
Uma iniciativa



Em parceria com



2 0 2 2



CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Presidente: Eduardo Amaro | Hospital e Maternidade Santa Joana (SP)

Vice-presidente: Henrique Neves | Hospital Israelita Albert Einstein (SP)

Fernando Ganem | Hospital Sírio-Libanês (SP)

Fernando Torelly | Hcor (SP)

Henrique Moraes Salvador | Hospital Mater Dei (MG)

Mohamed Parrini | Hospital Moinhos de Vento (RS)

Paulo Junqueira Moll | Hospital Memorial São José (PE)

Rafael Borsoi Leal | Hospital Santa Lucia (DF)

CONSELHO FISCAL

Antônio Alves Benjamin Neto | Hospital Meridional (ES)

Dario A. Ferreira Neto | Hospital Edmundo Vasconcelos (SP)

Hilton Roesse Mancio | Hospital Tacchini (RS)

Suplente: Eduardo Queiroz Jr. | Hospital Santa Izabel – Santa Casa da Bahia (BA)

CONSELHO DE ÉTICA

José Antônio de Lima

José Henrique Germann Ferreira

Reynaldo Brandt

DIRETORIA-EXECUTIVA

Antônio Britto

CONTEÚDO TÉCNICO

Arquitetos da Saúde

Andriano Londres

Luiz Feitoza

EDIÇÃO

Evelyn Tiburzio

REVISÃO

Helena Capraro

Keila Amaral

Natalia Kfoury

Os dados constantes deste guia foram atualizados conforme as informações públicas disponíveis em 01/07/2022.

AVISO LEGAL:

Este conteúdo foi desenvolvido pela Associação Nacional de Hospitais Privados – Anahp em parceria com a FIESP. Todos os direitos são reservados. É proibida a duplicação ou reprodução deste material sem citação da fonte, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na web ou outros), sem permissão expressa da Associação.

SOBRE ESTE GUIA PRÁTICO

A saúde é um dos principais setores da economia, responsável por mais de 9% das despesas do Produto Interno Bruto (PIB). Desse percentual, cerca de 52% são de gastos privados, responsáveis por financiar hoje quase 50 milhões de brasileiros. Importante destacar que quase 70% dos beneficiários de planos de saúde pertencem à modalidade empresarial, ou seja, trata-se de um benefício proporcionado pelas empresas a seus colaboradores.

A missão de contratar e manter o plano de saúde é extremamente desafiadora para pessoas e empresas. Isto ocorre por diversos motivos, mas principalmente pelo comportamento de custos, que historicamente cresce numa proporção maior do que o orçamento de pessoas e empresas.

Foi pensando neste desafio que elaboramos este **Guia prático para contratação e gestão dos planos de saúde empresariais**. Nosso principal objetivo é transmitir conhecimento prático, que possa ser útil às empresas contratantes de plano de saúde na escolha desse benefício, bem como para a gestão mais eficiente do plano concedi-

do aos funcionários. Para isso, disponibilizamos os indicadores a serem geridos, os fatores críticos na contratação do plano, acompanhamento das atualizações dos normativos regulatórios, conhecimento básico dos fundamentos técnicos acerca das melhores práticas de gestão de benefícios e os desafios atuais deste universo.

Contribuir para a melhor eficiência do cuidado, satisfação dos seus colaboradores e dependentes e a sustentabilidade financeira do benefício são, portanto, os grandes desafios na gestão do plano de saúde coletivo.

Por esta razão, entendendo o papel fundamental das empresas contratantes do benefício saúde na construção de um sistema sustentável, que entregue valor para o paciente, a **Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)**, em parceria com a **Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP)**, desenvolveu este conteúdo, totalmente voltado para este público, como reconhecimento da importância desse nicho para as transformações necessárias na saúde suplementar.

SUMÁRIO

FUNDAMENTOS DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR	5
PLANO POR FAIXA ETÁRIA	30
RESOLUÇÕES NORMATIVAS FUNDAMENTAIS	36
A EMPRESA CONTRATANTE DO BENEFÍCIO SAÚDE	43
GESTÃO DO PLANO DE SAÚDE	46
QUAIS INDICADORES ACOMPANHAR OU GERIR	56
PONTOS CRÍTICOS NA COMPRA DE PLANO DE SAÚDE	77
PLANO DE COMUNICAÇÃO	91
REFLEXÕES FINAIS E DESAFIOS	96
SUMÁRIO EXECUTIVO - QUADRO-RESUMO DO GUIA PRÁTICO	100

FUNDAMENTOS DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Da lei 9.656/98 aos dados e
números da saúde suplementar



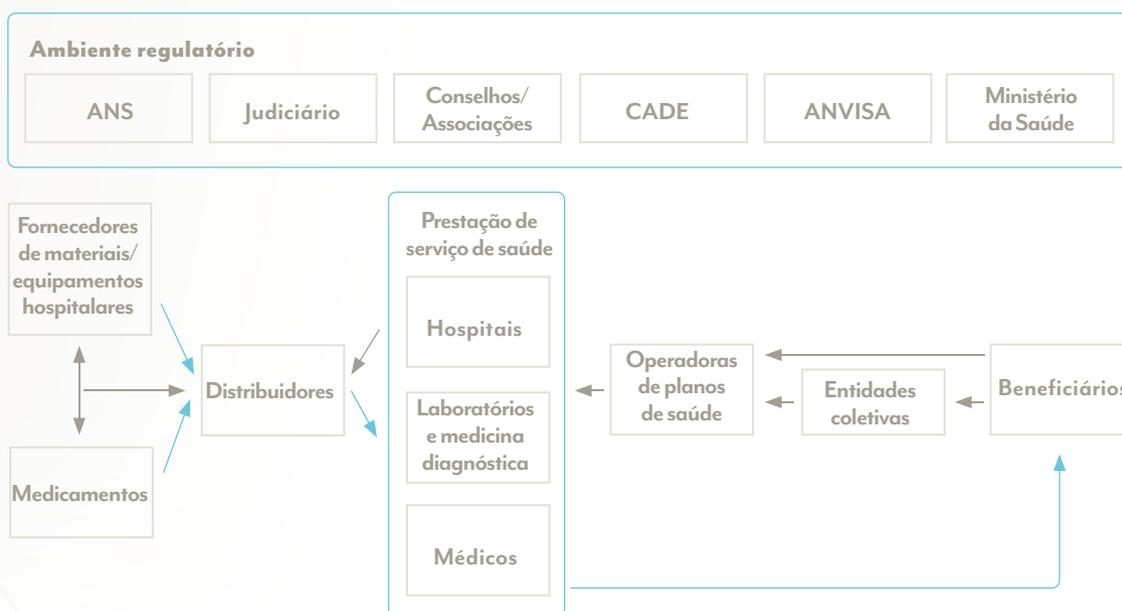
MARCO REGULATÓRIO

- Até 1998 não havia uma legislação específica para o mercado de saúde suplementar.
- Em 1998: publicada a Lei Federal 9.656, que passou a impor um padrão mínimo de coberturas obrigatórias, nivelando os produtos oferecidos.
- No ano 2000: criação da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) a partir da Lei 9.961/00, vinculada ao

Ministério da Saúde tendo como missão: promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores.

- A partir da RN 470/21, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde passa a receber propostas de incorporação de tecnologias de forma contínua.

MAPA DA CADEIA DE SAÚDE SUPLEMENTAR



Fonte: A Cadeia de Saúde Suplementar no Brasil avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas, São Paulo: Insper, 2016 - Paulo Furquim de Azevedo

AGENTES DIRETOS DA CADEIA PRODUTIVA

Operadoras

Operadoras do sistema através de planos de saúde (produtos) comercializados por estas empresas, que se dividem em modalidades distintas de atuação: seguro, autogestão, medicinas de grupo, cooperativa, filantropia. Todas seguem o mesmo rol de coberturas definido pela Lei 9.656/98 e atualizado periodicamente pela ANS (mais informações sobre o rol de procedimentos serão apresentadas nos capítulos seguintes).

Prestadores

Referem-se aos estabelecimentos de saúde (hospitais, laboratórios e unidades de medicina diagnóstica) e profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas etc.) que atendem aos beneficiários de plano de saúde a fim de garantir o rol de coberturas da lei 9656/98 através de credenciamento com as operadoras, formando assim uma rede médica de atendimento que varia de acordo com o plano de saúde contratado.

Beneficiários

Os beneficiários são os consumidores dos planos de saúde e têm acesso ao sistema por meio das operadoras de planos de saúde, podendo ter a sua contratação feita individualmente ou coletivamente, a partir de empresas ou entidades de classe com os quais mantêm vínculo.

Fornecedores

Empresas responsáveis pelo fornecimento de materiais, equipamentos médicos e medicamentos ofertados diretamente ou por distribuidores.

INTERMEDIÁRIOS, COMERCIALIZAÇÃO E GESTÃO

Administradora de benefício

Pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos de saúde coletivos, desenvolvendo ao menos uma das seguintes atividades: promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes, contratar plano privado coletivo de assistência à saúde na condição de estipulante; oferecer planos para associados das pessoas jurídicas contratantes; proporcionar apoio técnico na discussão de aspectos operacionais.

Corretores de plano de saúde

Idealmente, profissional ou empresa com título de habilitação (Lei 9.594/64) para exercer a atividade de intermediação de negócios de seguros. No caso específico do plano de saúde, não é mais obrigatória a certificação, muito embora a maioria das operadoras ainda exijam o CNAE específico de corretores e agentes de seguro. Os corretores são o principal canal comercial das operadoras de planos de saúde.

Consultorias

Empresas de consultoria, não necessariamente corretores, envolvidas na intermediação de negócios ou na definição dos mais diversos assuntos de gestão do plano de saúde para pessoas jurídicas contratantes ou outros estipulantes de plano de saúde coletivo.

MODALIDADES DE OPERADORAS

Autogestão

Planos autogeridos, sem fins econômicos, criados por empresas, associações, sindicatos e entidades de categorias profissionais destinados, exclusivamente, aos seus representados, empregados ativos, aposentados, pensionistas, ex-empregados etc.

Cooperativa médica

Sociedade sem fins lucrativos, organizada por sistema de cooperativa, conforme o disposto na Lei nº 5.764/71. São as chamadas Unimed.

Filantropia

Entidade sem fins lucrativos, certificada como entidade filantrópica junto ao CNES e declarada de utilidade pública.

Seguradora

Sociedade seguradora autorizada a operar planos de saúde, desde que esteja constituída como seguradora especializada nesse tipo de seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades. Sem rede médica própria, possui apenas rede credenciada. São obrigadas a oferecer livre escolha em relação ao atendimento médico pelo mecanismo de reembolso.

Medicina de grupo

Demais empresas ou entidades que operam planos de saúde com rede médica própria ou credenciada.

BENEFICIÁRIOS POR TIPO DE OPERADORA

Modalidade	Beneficiários	%
Autogestão	4.040.927	8,2%
Cooperativa Médica	18.055.201	36,7%
Filantropia	916.162	1,9%
Medicina de Grupo	19.722.531	40,1%
Seguradora	6.460.905	13,1%
Total	49.195.726	100,0%

Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2021 - Tabnet - mar/2022.

Nota: O termo “beneficiário” refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

44,2% da oferta de planos individuais é representada pelas cooperativas médicas e medicinas de grupo.

AS MAIORES OPERADORAS POR MODALIDADE

Autogestão	Beneficiários
Caixa de Assistência dos Funcionários do BB	646.882
GEAP	284.657
Caixa Econômica Federal	270.484
Associação Petrobras de Saúde – APS	267.526
Postal Saúde Caixa de Assistência e Saúde dos Empregados dos Correios	228.206
Caixa de Assistência dos Servidores – Mato Grosso do Sul	198.984
Vale S/A	185.406
Fundação Saúde Itaú	151.314
Fundação Cesp	147.808
BRF S/A	105.234

AS MAIORES OPERADORAS POR MODALIDADE

Cooperativa médica	Beneficiários
Central Nacional Unimed – CNU	1.944.285
Unimed Belo Horizonte	1.412.056
Unimed Rio	755.198
Unimed Porto Alegre	633.913
Unimed Curitiba	552.623
Unimed Campinas	523.228
Unimed Vitória	362.603
Unimed Goiânia	352.922
Unimed do Estado de SP – FESP	346.405
Unimed Fortaleza	330.082

AS MAIORES OPERADORAS POR MODALIDADE

Filantropia

Beneficiários

Fundação São Francisco Xavier	173.437
Associação de Beneficência e Filantropia São Cristovão	156.633
Beneficência Camiliana do Sul	67.660
Associação Dr. Bartholomeu Tacchini	62.106
Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora	51.557
Associação Evangélica Beneficente de Londrina	48.977
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Piracicaba	46.183
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Maringá	39.898
Associação Beneficente Católica	39.752
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro	37.168

Medicina de grupo

Beneficiários

Hapvida Assistência Médica Ltda	3.852.612
NotreDame Intermédica Saúde S.A.	3.211.352
Amil Assistência Médica Internacional S.A.	2.871.506
Prevent Sênior Private Operadora de Saúde	546.778
Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda	467.324
Medisanitas Brasil Assistência Integral à Saúde	448.846
Sul América Serviços de Saúde S.A.	404.014
Clinipam Clínica Paranaense de Assistência	399.338
Bradesco Saúde - Operadora de Planos S/A	282.028
Samp Espírito Santo Assistência Médica Ltda	274.214



Seguradora

Beneficiários

Bradesco Saúde S.A.	3.311.881
Sul América Companhia de Seguro Saúde	2.006.070
Unimed Seguros Saúde S/A	610.360
Porto Seguro - Seguro Saúde S/A	375.978
Sompo Saúde Seguros S.A.	114.946
Allianz Saúde S/A	33.307
Itaú Seg Saúde S/A	8.327

Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2021 - Tabnet - mar/2022.

Nota: O termo “beneficiário” refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.
Dados preliminares, sujeitos a revisão.

ESTIPULANTES DE CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE

Administradora de benefício

Pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos de saúde coletivos, desenvolvendo ao menos uma das seguintes atividades: promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes, contratar plano privado de assistência à saúde coletivo na condição de estipulante; oferecer planos para associados das pessoas jurídicas contratantes; proporcionar apoio técnico na discussão de aspectos operacionais.

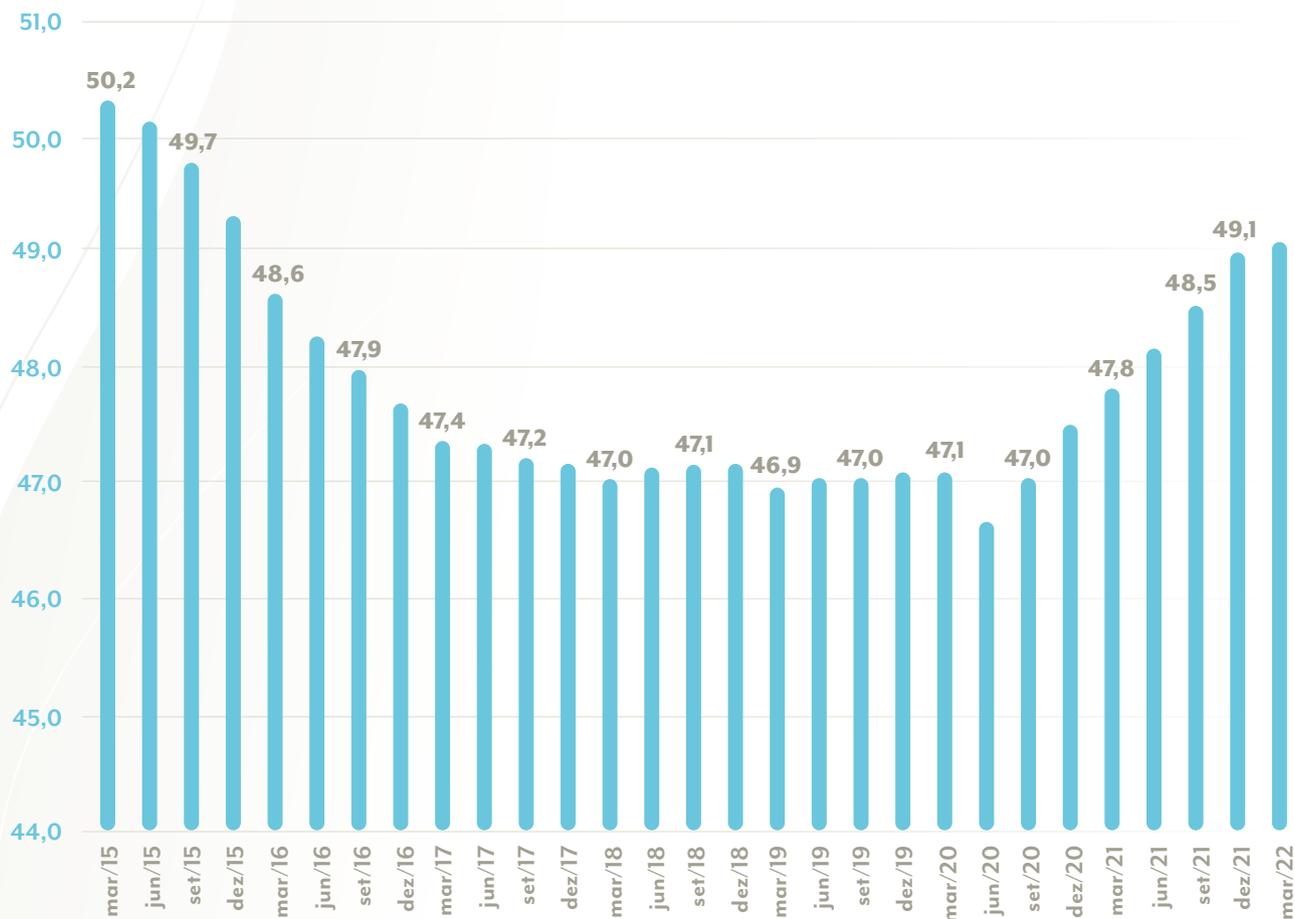
Pessoas jurídicas contratantes

Todas as empresas, associações, órgãos de classe, sindicatos e instituições que contratam um plano de saúde para pessoa jurídica ou planos coletivos através de um Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ). Atualmente é possível encontrar oferta de planos coletivos para grupos com menos de cinco pessoas.

Pessoas físicas

Toda pessoa com um Cadastro de Pessoa Física (CPF) válido e que pode contratar plano para si e seus dependentes legais conforme regras da ANS.

A EVOLUÇÃO TOTAL DE BENEFICIÁRIOS



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2021 - Tabnet - março/2022

Mesmo com o crescimento de beneficiários durante a pandemia, o setor de saúde suplementar tinha, em março de 2022, 1,2 milhão

de beneficiários a menos do que em março de 2015. A única modalidade que cresceu neste período foi a medicina de grupo.

TIPO DE VÍNCULO

Plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo

de caráter profissional, classista ou setorial

Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutário.

VANTAGENS E DESVANTAGENS

Tipos de vínculo	Subtipo	Característica	Vantagens	Desvantagens
Planos coletivos empresariais	Menos de 30 vidas	x	Reajuste baseado na carteira da operadora	Menor capacidade de negociação Aplicação de carências
	Mais de 30 vidas	Pré-pagamento	Reajuste de livre negociação Sem carências	Reajustes altos e maior spread sobre o custo assistencial

Planos coletivos empresariais

x

Pós-pagamento

Sem reajustes além da taxa administrativa e menor carregamento sobre o custo assistencial.

Sem carências

Casos isolados podem impactar a empresa se ela não tiver tamanho suficiente para diluir seus riscos

Planos coletivos por adesão

Sem administradora

x

Menor carregamento sobre o preço final

É necessário assumir a inadimplência

Com administradora

Contratante estipulando o contrato

A inadimplência é assumida e o contratante detêm o controle do contrato

Maior carregamento comercial

x

Administradora estipulando o contrato

A inadimplência é assumida

Maior carregamento comercial e na rescisão os beneficiários podem ser realocados pela administradora

Planos individuais

x

x

Reajustes regulados

Pouca oferta no mercado

BENEFICIÁRIOS POR TIPO DE VÍNCULO

Tipos de vínculo	Beneficiários	%
Individual ou Familiar	8.896.322	18,13%
Coletivo Empresarial	33.851.714	68,9%
Coletivo por adesão	6.275.254	12,8%
Coletivo não identificado	402	0,0%
Não Informado	50.664	0,1%
Total	49.074.356	100,0%

Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2021 - Caderno de Informação da Saúde Suplementar jun/2022.

Nota: O termo “beneficiário” refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.
Dados preliminares, sujeitos a revisão.

ESTABELECIMENTOS POR ATENDIMENTO A PLANOS DE SAÚDE

Tipo de estabelecimento	Total	Atendimento ao plano de saúde	% sobre o total
Clínica ou ambulatório especializado	58.913	33.532	56,9%
Consultório isolado	172.966	108.398	62,6%
Hospital especializado	1.006	523	51,9%
Hospital geral	5.419	1.963	36,2%
Policlínica	10.605	5.860	55,2%
Pronto-socorro especializado	77	31	40,2%
Pronto-socorro geral	301	42	13,9%
Unidade de serviço de apoio à diagnose e terapia	27.923	14.906	53,3%
Total	277.210	165.255	59,6%

Fonte: CNES/MS - 12/2021. Caderno de Informação da Saúde Suplementar - jun/2022

SEGMENTAÇÕES PARA A CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Cobertura hospitalar

Garante a prestação de serviços em regime de internação hospitalar em acomodação em enfermaria ou apartamento.

Cobertura ambulatorial

Nesta cobertura está garantida a prestação de serviços de saúde que compreendem consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais.

Cobertura odontológica

Esta segmentação assistencial de plano de saúde garante assistência, compreendendo consultas, exames, atendimentos de urgência e emergência, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos realizados em ambiente ambulatorial solicitados pelo cirurgião-dentista assistente para complementar o diagnóstico do paciente e que estejam determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Com obstetrícia

Além do regime de internação hospitalar, também está incluída a atenção ao parto. É garantida, ainda, a cobertura assistencial ao recém-nascido filho natural ou adotivo do contratante, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 dias após o parto.

Em caso de necessidade de assistência médico-hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes ainda cumprindo período de carência, a operadora deverá abranger cobertura igual àquela fixada para o plano do segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, internação além das 12 horas iniciais.

Plano referência

Instituído pela Lei nº 9.656/98, o plano Referência engloba assistência médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação em enfermaria. Sua cobertura assistencial também foi estabelecida pela Lei, devendo o atendimento de urgência e emergência ser integral após as 24 horas da sua contratação.

Grupo	Segmentação assistencial	Beneficiários	%
Ambulatorial + Hospitalar	Referência	2.798.947	5,8%
	Amb + Hosp com Obst + Odont	2.582.752	5,3%
	Amb + Hosp com Obst	38.023.433	78,1%
	Amb + Hosp sem Obst + Odont	98.994	0,2%
	Amb + Hosp sem Obst	2.846.262	5,8%
	Total	46.350.791	95,2%
Hospitalar	Hosp com Obst + Odont	1.645	0,0%
	Hosp com Obst	327.766	0,7%
	Hosp sem Obst + Odont	76	0,0%
	Hosp sem Obst	21.370	0,0%
	Total	350.857	0,7%
Ambulatorial	Amb + Odont	451.508	0,9%
	Amb	1.512.982	3,1%
	Total	1.964.490	4,0%
TOTAL		48.666.138	100,0%

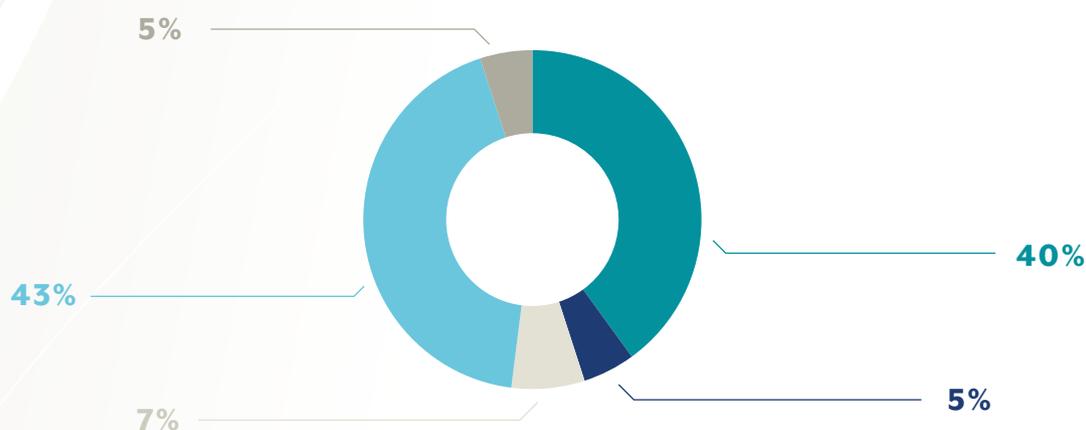
Fonte: Portal de Dados Abertos - 11/2021. Dado público depurado conforme Business Intelligence Setorial da Arquitetox da Saúde.

Nota: Dados são referentes apenas ao produto plano de saúde.

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DE COBERTURA DE PLANOS DE SAÚDE

Abrangência geográfica é a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a ga-

rantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelas empresas ou beneficiários.



	Abrangência	Beneficiários	%
●	Nacional	19.299.627	40%
●	Grupo de estados	2.370.330	5%
●	Estadual	3.537.647	7%
●	Grupo de municípios	21.223.339	43%
●	Municipal	2.233.575	5%
	Total	48.666.138	100,0%

Fonte: Portal de Dados Abertos - 11/2021. Dado público depurado conforme Business Intelligence Setorial da Arquitetos da Saúde.

Nota: Dados são referentes apenas ao produto plano de saúde.

Dentre as principais definições para que uma operadora de plano de saúde inicie seus negócios está a área de abrangência geográfica de seus serviços, ou seja, a região em que o negócio pretende atuar. A região de atuação – ou região de comercialização – de uma operadora pode ser:

- Um único município;
- Grupo de municípios;

- Um ou mais estados;
- Nacional.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é responsável por numerar essas regiões de 1 a 6, sendo a primeira nacional e a última municipal. Hoje, existem mais beneficiários de planos com abrangência de grupo de municípios do que plano nacional.

DEFINIÇÕES DE REGIÕES DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

	Região 1	Região 2	Região 3	Região 4	Região 5	Região 6
ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO	Em todo território nacional ou em grupo de pelo menos três estados que envolvam SP, RJ, MG, BA, RS e PR	No estado de SP ou em mais de um Estado, exceto os grupos definidos na Região 1	Em um único estado excetuando SP	Em um único estado excetuando SP	Em grupo de municípios que não envolvam os da Região 4	Em qualquer município exceto aqueles da Região 4
Nacional	Em todo território nacional	x	x	x	x	x

Grupo de Estados	Quando indicar qualquer agrupamento que contemple pelo menos três estados da Região 1	Qualquer agrupamento que não contemple mais de dois estados da Região 1	x	x	x	x
Estadual	Quando indicar atuação em pelo menos três estados dentre SP, RJ, MG, BA, RS e PR	Atuação apenas no estado de SP ou em até dois estados da Região 1 ou em qualquer número dos demais estados	Atuação em apenas um estado à exceção do estado de SP	x	x	x
Grupo de Municípios	x	x	x	Desde que limitados a 50% dos municípios do mesmo estado, ou nos limitrofes contemplando os municípios dos estados de SP, RJ, BH, Porto Alegre, Curitiba ou Brasília	Desde que limitados a 50% dos municípios do mesmo estado, ou nos limitrofes, não contemplando os municípios de SP, RJ, BH, Porto Alegre, Curitiba ou Brasília	x
Municipal	x	x	x	Atuação em qualquer um dos municípios dos estados de SP, RJ, BH, Porto Alegre, Curitiba ou Brasília.	Atuação em mais de um município à exceção de SP, RJ, BH, Porto Alegre, Curitiba ou Brasília	Atuação em apenas um município à exceção de SP, RJ, BH, Porto Alegre, Curitiba ou Brasília

Esta tabela é a definição da ANS para abrangência geográfica, instruída normativamente em sua IN 23 e que complementa o entendimento, cruzando com o conceito de regiões predefinidas.

FORMAÇÃO DO PREÇO

A ANS autoriza a comercialização dos planos de saúde mediante apresentação de Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP).

A metodologia atuarial da nota técnica exige estimativas de custos dos serviços assistenciais e seus respectivos insumos.

Os planos exclusivamente odontológicos e os planos com formação de preço pós-estabelecido estão dispensados do envio da NTRP.

O valor comercial da mensalidade de cada plano informado na NTRP pode apresentar diferenças em relação aos preços efetivamente praticados pelas operadoras. Essas diferenças têm um limite de 30%, para mais ou menos, e podem ocorrer em função da adoção de mecanismos financeiros de regulação da utilização, como coparticipações ou franquias, da diferenciação de tabelas de reembolso e da rede credenciada.

Os preços efetivamente praticados para a contratação dos produtos devem obedecer a outros critérios além dos já citados, como, por exemplo, não podem ser infe-

riores aos custos assistenciais do plano incluindo uma margem de segurança estatística. A variação entre os valores comerciais por faixa etária informada na NTRP deve manter a perfeita relação com a variação por faixa etária praticada tanto nas tabelas de preços de venda quanto especificada em contrato.

Demandas e custos regionalizados e estimativas etárias são, portanto, fundamentais.

A ANS preconiza com a NTRP evitar o estabelecimento de preços predatórios com o objetivo de eliminar concorrentes em determinado mercado e que não seriam sustentáveis para garantir o equilíbrio econômico do plano a médio e longo prazos.

Apesar de toda a estimativa das operadoras quanto aos custos, quantidade de eventos e de beneficiários expostos para se aproximar da realidade, os valores da real produção assistencial têm se apresentado maiores, já que a sinistralidade média desse mercado tem se comportado muito acima do que foi estimado na NTRP.

DIAGRAMA DA FORMAÇÃO DO PREÇO

Exemplo Brasil (com base no mapa assistencial da ANS - Data-base 2021):

PREÇO = Previsão de **demanda** x custo da rede conforme o **produto** + **carregamentos**



Fonte: ANS Mapa Assistencial 2020

Dado público depurado conforme Business Intelligence Setorial da Arquitetos da Saúde

NOTA: Dados são referentes apenas ao produto plano de saúde.

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Lei 9.656/98 é a lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde.

Essa cobertura mínima obrigatória é válida para planos de saúde contratados a partir de 01/01/1999 e inicialmente era revista a cada dois anos, porém, desde a Resolução Normativa 470/2021 da ANS, pode ser revista a qualquer tempo.

A sociedade também pode participar e propor atualizações no rol de procedimentos, desde que atenda aos requisitos da RN 470.

O rol é organizado por uma tabela unificada de serviços de saúde segundo a Código Brasileiro de Hierarquização de Procedimentos Médicos – CBHPM. Já a tabela de códigos utilizada pelas operadoras é a Tabela Unificada de Serviços de Saúde – TUSS, que por sua vez é uma evolução da tabela da Associação Médica Brasileira - AMB. Contudo, a padronização é sempre um desafio em função de eventos não regulados pela ANS de forma pormenorizada, tais como os insumos do tratamento à saúde como materiais e medicamentos (regulação da Anvisa), ou em função de formas distintas de pagamento aos prestadores que as operadoras utilizam, tais como pacote de serviços, códigos próprios não previstos para eventos especiais (taxas e diárias), etc.

A construção do rol segue a técnica de priorização denominada Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS). A ATS leva em consideração as evidências científicas disponíveis, avaliando impactos clínicos, sociais e econômicos das tecnologias em saúde.

Recentemente, o Supremo Tribunal de Justiça (STJ) decidiu que o rol é taxativo, ou seja, deve conter todas as obrigações de cobertura por parte das operadoras. Cabe ressaltar, no entanto, que a decisão do STJ também prevê exceções. Se não houver um substituto terapêutico ou depois que os procedimentos incluídos no rol forem esgotados, pode haver cobertura fora do rol, desde que o tratamento seja indicado pelo médico, respeitando as seguintes situações:

- (1)** caso a incorporação do tratamento à lista da ANS não tenha sido indeferida expressamente;
- (2)** caso haja comprovação da eficácia do tratamento a luz da medicina baseada em evidência;
- (3)** caso haja recomendação do tratamento por órgãos técnicos de renome nacional e estrangeiros; ou
- (4)** caso seja realizado diálogo entre magistrados e especialistas, incluindo a comissão responsável por atualizar o rol, para tratar da ausência desse tratamento no rol de procedimentos.

PLANO POR FAIXA ETÁRIA



O preço do plano de saúde é fruto de um estudo técnico de precificação que considera variáveis como segmentação assistencial, abrangência da região de cobertura, custo da rede credenciada, mecanismos de regulação e acomodação durante a internação (enfermaria ou apartamento). Todas essas variáveis são apresentadas à ANS na forma de uma nota técnica que, além desses fatores de custo, leva em conta também todos os carregamentos comerciais e administrativos e até mesmo o lucro estimado.

Um dos fatores importantes que a ANS observa é a distribuição etária, pois existe uma correlação forte e positiva entre idade e custo. Quanto maior a idade, maiores os custos com saúde.

A operadora de plano de saúde, portanto, entrega à ANS sua visão de demanda com todas essas variáveis sem perder de vista a correlação de idade e custo.

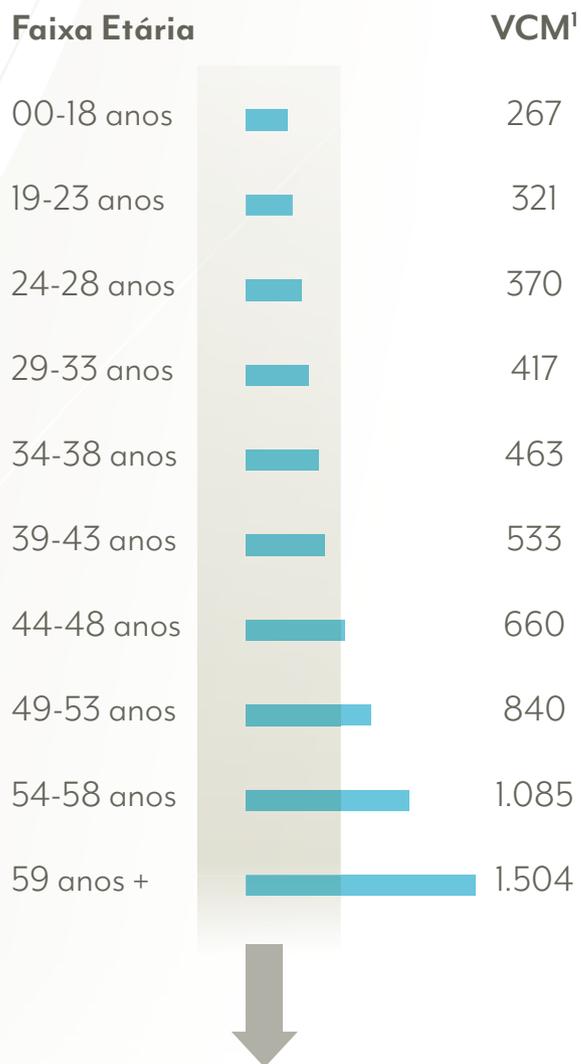
Em relação à forma de segmentar as faixas etárias, a ANS tem uma regulação muito específica, respeitando rigorosamente as

dez que estão, inclusive, de acordo com o Estatuto do Idoso, e isso acaba impossibilitando reajustes após os 59 anos. O que acaba funcionando como um subsídio forçado dos mais velhos pelos mais jovens, já que, além do limite de idade para variação de faixa etária, também há a regra de que a 10ª faixa não pode ultrapassar seis vezes o valor da primeira, e a variação da 10ª pela 7ª faixa não pode ser superior à variação da 7ª pela primeira faixa.

A operadora tem, portanto, a opção de apresentar sua precificação ao estipulante (contratante pessoa física ou jurídica) de duas formas: pelo preço médio ou pelo preço por faixa etária.

Quanto mais adversa a seleção da massa assistida, mais seguro para a operadora a opção por faixa etária e muitas vezes, inclusive, para o contratante de plano coletivo empresarial, uma vez que, se eventualmente ele tiver a obrigação de manutenção de demitidos e aposentados (conforme artigo 30 e 31 da lei 9.656), a faixa etária evita ou mitiga eventuais passivos.

Contribuição pela média



Quem paga a diferença?

Gasto por faixa etária

Até 6x a 1^ª

¹ Nota: exemplo de VCM - Valor Comercial Médio retirado do mapa de precificação da ANS.

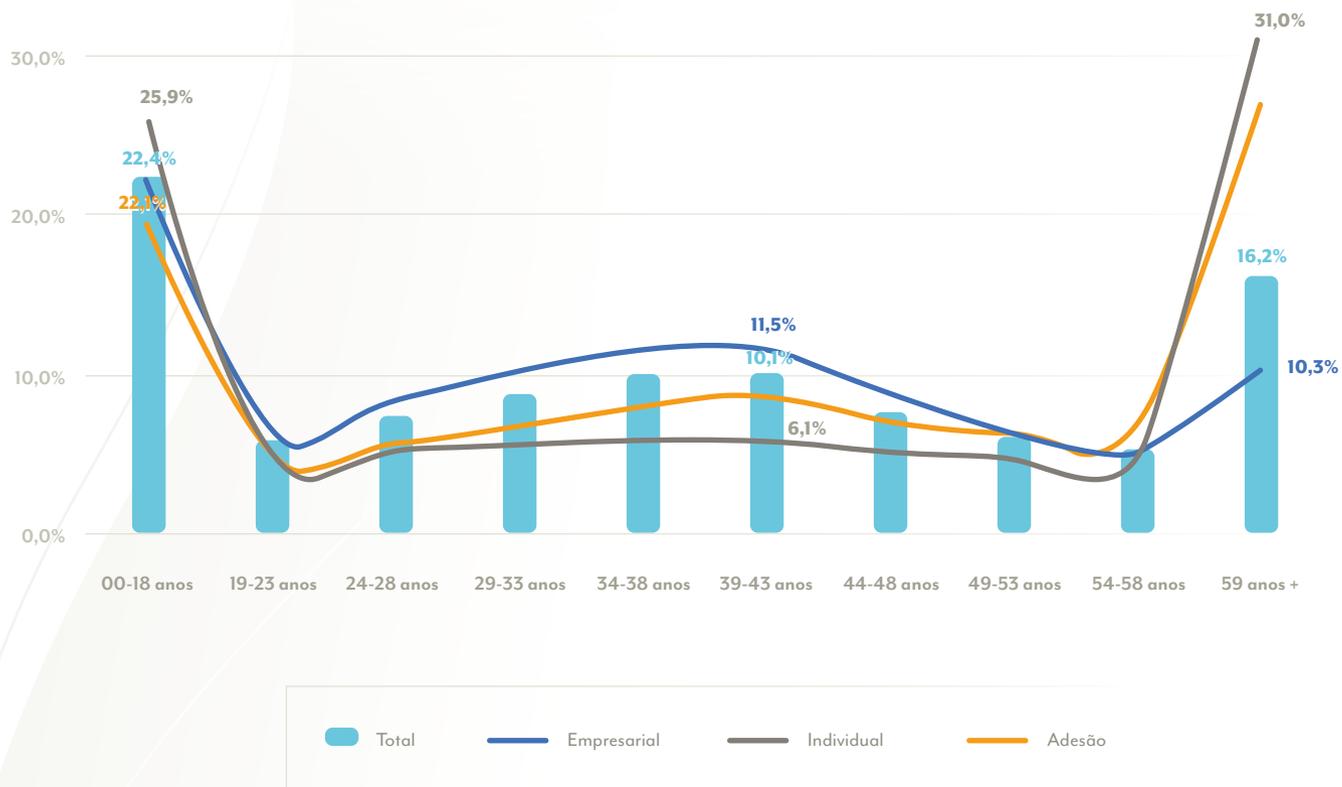
Faixa etária	Faixa etária (ANS + estatuto do idoso)
0-18 anos	1ª faixa
19-23 anos	2ª faixa
24-28 anos	3ª faixa
29-33 anos	4ª faixa
34-38 anos	5ª faixa
39-43 anos	6ª faixa
44-48 anos	7ª faixa
49-53 anos	8ª faixa
54-58 anos	9ª faixa
59 anos +	10ª faixa

Fonte: ANS Painel de Precificação Julho/2021.

Nota: Dados são referentes apenas ao produto plano de saúde

DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA E SEXO NO BRASIL

Faixa Etária	Empresarial		Adesão		Individual		Total	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
00-18 anos	3.761.306	3.620.779	626.994	595.866	1.199.199	1.113.791	5.587.502	5.330.438
19-23 anos	1.072.236	1.062.679	136.176	162.656	198.584	239.582	1.406.998	1.464.919
24-28 anos	1.344.282	1.391.657	143.046	213.974	196.073	298.936	1.683.403	1.904.567
29-33 anos	1.596.595	1.722.496	160.897	256.479	190.403	316.713	1.947.897	2.295.690
34-38 anos	1.874.454	1.964.692	200.306	301.380	197.564	332.838	2.272.329	2.598.916
39-43 anos	1.900.790	1.929.418	224.264	323.184	203.957	339.141	2.329.016	2.591.754
44-48 anos	1.452.202	1.429.529	185.701	263.628	169.533	286.417	1.807.439	1.979.579
49-53 anos	1.087.347	1.063.263	161.581	233.482	149.072	266.438	1.398.005	1.563.190
54-58 anos	878.257	846.481	172.820	250.360	160.873	296.629	1.211.961	1.393.474
59 anos ou acima	1.637.273	1.791.388	682.688	1.012.735	912.739	1.854.035	3.232.715	4.658.171
TOTAL	16.604.742	16.822.382	2.694.473	3.613.744	3.577.997	5.344.520	22.877.265	25.780.698
IDADE MÉDIA	34,5	34,9	36,3	43,4	40,0	43,0	35,4	37,8



Fonte: Portal de Dados Abertos - PDA e Tabnet - 11/2021. Dado público depurado conforme Business Intelligence Setorial da Arquitetos da Saúde.

Nota: Dados são referentes apenas ao produto plano de saúde.

RESOLUÇÕES NORMATIVAS FUNDAMENTAIS



Além do marco regulatório da Lei 9.656/98 dos planos de saúde, a ANS regula o setor através de Resoluções e Instruções Normativas que definem obrigações das operadoras e detalham os direitos dos contratantes e beneficiários.

Atualmente, existem 518 resoluções normativas (até junho de 2022), sem contar todas as instruções normativas, súmulas e outros tipos de despachos.

A seguir compartilhamos um resumo das principais resoluções e instruções fundamentais para conhecimento do contratante de plano de saúde empresarial, pois envolve aspectos

de análise, gestão e decisões de desenho do plano de saúde.

A seleção apresentada não significa necessariamente a lista definitiva para cada contexto específico do contratante, nem resume todos os pontos críticos que um gestor pode ser questionado ao longo da sua condução do acompanhamento do plano de saúde contratado. Porém, tratam-se de assuntos relevantes e recorrentes envolvendo desde os requisitos mínimos para um contrato de plano de saúde coletivo até aspectos relacionados ao beneficiário, como, por exemplo, a declaração pessoal de saúde ou o reajuste do produto.

PRINCIPAIS NORMATIVAS PARA OS PLANOS COLETIVOS EMPRESARIAIS



RN 195

Formas de Contratação ou de Manutenção da Condição de Beneficiário e carências permitidas.



IN 23 / DIPRO

Cláusulas obrigatórias no registro de produtos com reflexo para os contratos de planos de saúde.



RN 309

Pool de Risco. Dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste.



RN 162

Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), Cobertura Parcial Temporária (CPT) e Declaração Pessoal de Saúde (DPS).



RN 171

Reajuste em Planos Médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica.



RN 268

Garantia de Acesso Assistencial (Prazos e Rede).



RN 279

Aposentados e demitidos. Dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656.



RN 389

Dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil.

ONDE BUSCAR AS RESOLUÇÕES

1. Acesse o site da ANS em <https://www.gov.br/ans/pt-br>
2. Clique em “Busca de Legislação”
3. Consulte pelo tema, origem, assunto, tipo de norma, número de norma e outros parâmetros.

RESUMO ESSENCIAL RN 195

Definição do vínculo do beneficiário (coletivo empresarial)

Os sócios, administradores, demitidos ou aposentados que contribuíram, trabalhadores efetivos e temporários, os estagiários e menores aprendizes e os respectivos dependentes desses titulares, compondo o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco (segundo por afinidade) podem integrar esta modalidade.

Isenção de carência para planos coletivos empresariais com mais de 30 beneficiários

Os prazos máximos de carência são:

1. 24 horas para urgências e emergências;
2. 300 dias para parto;
3. Até 180 dias para consultas, exames, in-

ternações e cirurgias;

4. Isenção de cobertura parcial temporária (CPT) para planos coletivos empresariais com mais de 30 beneficiários;

5. Não pode haver cláusula de agravo ou CPT nos casos de doenças ou lesões preexistentes desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

Limitações e definições para o reajuste:

1. Periodicidade mínima de 12 meses;
2. Impossibilidade de aplicação de percentuais diferenciados;
3. Equivalência de mensalidades (beneficiários existentes e aqueles que vierem a ser incluídos);
4. Não se aplica à mudança de faixa etária.

SUMÁRIO DO ANEXO I DA IN 23

O anexo I da Instrução normativa 23 trata das informações mínimas contratuais a serem observadas e o foco do sumário aqui apresentado são os contratos coletivos empresariais.

É importante levar em conta que os contratos de planos de saúde celebrados entre duas empresas foram previstos pela ANS com um ótimo resumo, não apenas das garantias mínimas obrigatórias do contrato para que exista transparência, mas também para compreender o conjunto dos direitos da contratante e dos beneficiários conquistados pela lei 9.656 e pela regulação e instruções posteriores da ANS.

Tema I	Atributos do Contrato
Tema II	Condições de Admissão
Tema III	Coberturas e Procedimentos Garantidos
Tema IV	Exclusões de Cobertura
Tema V	Duração do Contrato
Tema VI	Períodos de Carência
Tema VII	Doenças e Lesões Preexistentes
Tema VIII	Atendimento de Urgência e Emergência
Tema IX	Acesso a Livre Escolha de Prestadores
Tema X	Mecanismos de Regulação
Tema XI	Formação do Preço e Mensalidade
Tema XII	Reajuste
Tema XIII	Faixas Etárias
Tema XIV	Bônus/Descontos
Tema XV	Regras para Instrumentos Jurídicos de Planos Coletivos
Tema XVI	Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário
Tema XVII	Rescisão/Suspensão
Tema XVIII	Disposições gerais
Tema XIX	Eleição de Foro

RESUMO ESSENCIAL RN 309

Agrupamento de contratos para empresas com até 29 beneficiários

1. Distribuir para um grupo determinado o risco inerente à operação de cada um deles;
2. Obrigatório agrupamento de contratos para empresas menores do que 30 vidas;
3. Percentual único de reajuste para agrupamento;
4. Permitido três sub-agrupamentos;
5. Outros cortes de beneficiários.

RESUMO ESSENCIAL RN 162

Declaração de Saúde e Doenças ou Lesões Pré-Existentes (DLP)

1. Formulário para informar DLP que saiba ser portador no momento da contratação do plano de saúde;
2. Orientação, sem custos;
3. Omissão de informações - suspensão ou rescisão;
4. Após perícia médica, operadora não poderá alegar omissão de informação.

Dispõe sobre Cobertura Parcial Temporária (CPT) e agravo

1. (CPT) admite por um período de até 24 meses a suspensão da cobertura relacionada exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas;
2. Agravo como opção à cobertura parcial temporária.

RESUMO ESSENCIAL RN 171

Dispõe sobre Cobertura Parcial Temporária (CPT) e agravo

Assunto: Reajuste em Planos Médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica.

Ementa: Estabelece critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas.

Reajuste de planos de saúde:

1. Mudança de faixa etária e variação de custos (anual);
2. Aplicação conforme as normas contra-

tuais livremente combinadas;

3. Reajuste único para o mesmo contrato;

4. Previsão dos aumentos para cada mudança de faixa etária.

RESUMO ESSENCIAL RN 268

Principais prazos máximos para atendimento

Assunto: dispõe sobre a garantia de atendimento aos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.

1. Consulta com generalista	7 dias úteis
2. Consulta nas demais especialidades	14 dias úteis
3. Análises clínicas (amb)	3 dias úteis
4. Medicina diagnóstica e terapia (amb)	10 dias úteis
5. Internação	21 dias úteis
6. Urgência/Emergência (determinada pelo médico assistente)	Imediato

Garantias da abrangência da rede - Da Indisponibilidade de prestador Integrante da Rede Assistencial no Município” (NR):

I - Prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou

II - Prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.

RESUMO ESSENCIAL RN 279

Tema: Plano de saúde - Contratação e Troca de Plano

Assunto: Aposentados e Demitidos

Ementa: Dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656. Regulamenta o direito de manutenção da

condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuíram para os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

1. Definição de coparticipação e contribuição;
2. Contribuição exclusiva para dependentes;
3. Prazo mínimo e máximo da extensão do plano;
4. Extensão ao grupo familiar;
5. Manutenção em caso de morte do titular;
6. Pagamento integral e adesão espontânea;
7. Comunicação formal ao colaborador.



RESUMO ESSENCIAL RN 389

Tópicos: Informações obrigatórias para beneficiários

1. Componente de cadastro;
2. Componente de utilização de serviços.

Tópicos: Informações obrigatórias para contratante

1. Extrato de cálculo de reajuste:
 - a. critério técnico adotado para reajuste;
 - b. definição de parâmetros/variáveis do cálculo;
 - c. demonstração de memória de cálculo;
 - d. demonstração do período de observação;
 - e. canal de atendimento da operadora.

A EMPRESA CONTRATANTE DO BENEFÍCIO SAÚDE



A GESTÃO DO PLANO MERECE UM OLHAR PARA DENTRO DA EMPRESA

Por Luiz Feitoza, empreendedor na Arquitetos da Saúde

Na gestão de plano de saúde coletivo, uma das ferramentas mais importantes que o gestor pode dispor é o redesenho das políticas do plano. Na verdade, muito se pode resolver através de uma política de benefícios alinhada aos valores da organização. Muitas vezes esta política não vai ao encontro das regras do plano de saúde ou das decisões que as empresas tomam. Uma das primeiras necessidades, portanto, é que o gestor identifique a postura da sua organização entre o discurso e a prática quanto ao plano de saúde.

A posturas das empresas:

1. A obrigação sindical

Existem empresas que dão plano de saúde por uma questão de mera obrigação sindical. Em geral você é cobrado apenas em relação ao menor preço? Talvez investir em programas de prevenção frustrar a direção da empresa quanto ao que ela entende por resultado na gestão do plano de saúde. Uma empresa de baixos salários, alto turnover e pouco investimento em treinamento pode pensar diferente? Nem sempre a mudança de visão é possível, pois também tem a ver com o modelo de negócio da empresa.

2. A gestão de custos

Uma empresa pode olhar o benefício apenas como mais um custo a ser gerido, ou seja, o plano de saúde está no mesmo patamar de outros benefícios obrigatórios como, por exemplo, o vale transporte. Neste ambiente não são consideradas questões relacionadas à gestão de saúde. O plano é concedido por estar previsto no acordo coletivo de trabalho.

3. Um benefício a ser mantido

Este tipo de empresa até tem uma visão de que o plano de saúde é um benefício positivo e importante para o colaborador, e, portanto, deve ser mantido. Porém, não se tem uma visão estratégica a respeito. Às vezes, o básico operacional bem-feito pela corretora já é dado como suficiente ou, “se não está fazendo barulho, então está bom”. Ainda que a sinistralidade esteja alta, a empresa se conforma com o cenário porque ela ainda consegue absorver o custo.

Por anos, algumas empresas deram o melhor que podiam sem muita distinção, incluindo altos tetos de reembolso, acomodação em apartamento para 100% dos colaboradores, ausência de coparticipação, baixa ou inexistente contribuição e extensa rede credenciada.

A mudança de cenário na saúde suplementar nos últimos anos levou as empresas, de uma forma geral, a reverem suas políticas, o que nem sempre é algo fácil de se fazer, pois envolve uma readequação da cultura organizacional.

4. O plano como fator de retenção de talentos

Com uma visão mais estratégica do plano de saúde, algumas empresas veem no benefício uma forma de reter seus colaboradores, sobretudo os mais estratégicos. Neste tipo de ambiente o discurso de gestão é bem-vindo e o investimento em ações de gestão patrocinadas pela própria empresa são mais possíveis.

5. O benefício estratégico

Quando o plano de saúde está alinhado aos Valores Institucionais, as empresas têm mais expectativa sobre ele e mais preocupações a respeito de sua gestão, não só quanto aos aspectos financeiros, mas também quanto a questões técnicas e de qualidade de vida dos colaboradores.

O que deveria preocupar o gestor de benefícios em qualquer contexto é quando sua empresa quer redução de custo sem fazer investimentos. Existem muitas empresas que ainda entendem que gestão do plano de saúde é obrigação exclusiva da corretora e/ou da operadora

A questão é se o seu corretor ou operadora pensam da mesma forma. Em pesquisa recente desenvolvida pela Arquitetos da Saúde, 53% das

empresas não cobram um SLA dos seus corretores e 57% não cobram este compromisso de entrega das suas operadoras.

Mas se o perfil da sua empresa confere com o descrito neste tópico, talvez ela já esteja em pós-pagamento, já tenha um SLA muito bem definido para a operadora, a remuneração do corretor seja paga diretamente pela empresa e tenha um orçamento para várias ações de gestão do plano de saúde.

O importante para o gestor é buscar qual é a essência da organização, porque se as ações do gestor estiverem desalinhadas com o que a empresa acredita, seu plano de ação pode estar fadado ao fracasso. Cabe ao gestor compreender essa visão corporativa e adaptar as soluções de maneira alinhada à organização, ajustando uma melhor visão a cada conquista ou resultado com o plano de saúde.

Um gestor de benefícios na vanguarda dos conceitos de gestão do plano de saúde se preocupa em buscar ferramentas que o auxiliem efetivamente a controlar o custo de saúde, tem uma visão mais arrojada quanto às formas de exigir entrega por parte do corretor e/ou das operadoras e pensa em deixar um legado sustentável na organização em relação ao plano de saúde. Afinal, em algumas empresas o plano de saúde é tão importante que faz parte da história da organização (autogestões por exemplo). Então perder qualidade ou correr o risco de descontinuidade deste benefício seria destruir um legado.

GESTÃO DO PLANO DE SAÚDE

Lidando com um seguro sem teto



Por Luiz Feitoza, empreendedor na Arquitetos da Saúde

No ramo da saúde suplementar a analogia entre seguro e plano de saúde (inclusive planos odontológicos) é tão forte que toda a terminologia de contrato é a de seguros.

Sendo assim, existe toda uma lógica de seguros praticada neste segmento. Temos vários conceitos permeando os contratos coletivos empresariais que demonstram isto:

sinistralidade, prêmio, sinistro, limite técnico, dentre outros.

Veja como a definição de seguros no site da Superintendência de Seguros Privados (Susep) tem semelhança com o conceito do plano saúde:

“Contrato mediante o qual uma pessoa denominada Segurador, se obriga, mediante o recebimento de um prêmio, a indenizar outra pessoa, denominada Segurado, do prejuízo resultante de riscos futuros, previstos no contrato. (Circular SUSEP 354/07).”

O conceito de seguro tem uma lógica muito simples. Você estabelece um prêmio para segurar algo mediante a análise de ocorrência de riscos. É importante observar que todos os modelos de seguro têm como premissa um teto.

Se você contrata um seguro de carro, o teto máximo é o valor do veículo conforme a tabela Fipe. Se você faz um seguro de vida ou de acidentes pessoais, o teto é o valor contratado para indenização.

Um seguro residencial tem como teto o valor do imóvel. Assim por diante. Mediante a regra de um valor máximo indenizatório, a seguradora precisa calcular apenas a chance de incidência do risco que ela está segurando. Ainda assim esse cálculo é um desafio que pode levar as empresas seguradoras a péssimos resultados se o valor final for mal precificado.

É justamente sobre esta questão que gostaríamos de chamar a atenção do leitor para uma reflexão.

O plano de saúde é o único seguro sem teto. Voltando à definição da Susep, para um seguro funcionar é preciso prever riscos futuros, mas, como fazer isto se a indenização prevista não tem valor mínimo de indenização?

No segmento de saúde suplementar, por conta da lei 9.656/98, praticamente todos os procedimentos são ilimitados na quantidade permitida.

Além disso, o contrato realizado sempre terá revisões da atualização do Rol de Procedimentos e Eventos pela ANS.

Num cenário de **desejos ilimitados e recursos financeiros limitados** (das pessoas e das empresas), cabe entender ainda que nem sempre um alto reajuste protege o cliente de um próximo ano novamente desafiador.

COMECE PELO DIAGNÓSTICO

Tudo começa por um bom diagnóstico de plano de saúde coletivo.

Diagnosticar vai muito além de harmonizar produto e preço pela cotação de diferentes fornecedores.

- Deve-se alinhar expectativas de custo e possibilidades de investimento em programas de saúde e políticas de benefício;
- Considerar a utilização de dados da população assistida;
- Leitura de todos os contratos e regras do benefício para alinhá-las à cultura organizacional da empresa;
- Analisar o custo assistencial antes de considerar se o preço pago é alto ou baixo;
- Estruturar bons *benchmarks* para análises baseadas em fatos. Considerar os números não só da sua operadora, mas também do Brasil ou da sua região ou das empresas do mesmo segmento;
- A partir destes *benchmarks*, analisar a elegibilidade e contribuição dos colaboradores e até mesmo os eventuais riscos de constituição de passivos atuariais.

Frentes de gestão para um diagnóstico completo

1

Pessoas

Soluções pensadas conforme a triagem populacional de:

- frequência
- comportamento
- e doença

2

Acessos

Entendimento e gestão da demanda, da regulação das portas de entrada do sinistro e sua correlação com o produto da operadora.

3

Modelo de Risco

Estudo e implantação do menor *spread* possível através de modelo de contrato de risco, considerando o perfil da população e a capacidade de diluição do risco.

4

Política de Benefício

Política de benefícios alinhada à missão e valores da empresa:

- Definição de impactos
- Teste de cenários
- Ajuste de expectativas

Fonte: metodologia Arquitetos da Saúde

A ELEGIBILIDADE MÍNIMA OBRIGATÓRIA DA POLÍTICA DE BENEFÍCIOS

Segundo a ANS:

- até o terceiro grau de parentesco consanguíneo (pais, avós, bisavós, filhos, netos, bisnetos, irmãos, tios e sobrinhos);
- **cônjuge ou companheiro** do titular com vínculo adequado ao plano de saúde.

O tipo de parentesco, mais comum nas empresas que permitem dependentes, são filhos ou

equiparados (enteados e sob tutela), cônjuges ou equiparados.

Apesar da previsão de outros parentescos pela RN 195 da ANS, é rara a extensão para outros dependentes em função da maior faixa etária e custos que podem impactar negativamente a sinistralidade e o reajuste. Esse impacto pode também afetar a capacidade de manutenção do benefício em longo prazo das pessoas jurídicas contratantes do plano de saúde.

Conforme a meritocracia das empresas

O salário geralmente tem sido uma estratégia de segmentação da elegibilidade.

Salário

O cargo para definir a elegibilidade tem uma definição mais clara do mérito desde que exista um agrupamento simples e objetivo dos níveis por cargo.

A contribuição do titular ao custeio do plano de saúde ao mesmo tempo que dá a dimensão do valor do plano de saúde, também cria direitos aos demitidos e aposentados e obrigações pós emprego ao contratante.

Cargo

Contribuição

A fim de não criar o direito de extensão do plano de saúde na aposentadoria, a coparticipação é uma alternativa de contribuição ao custeio do plano além de introduzir um controle do excesso de uso.

As grandes empresas têm a oportunidade de transformar sua estrutura física ambulatorial em aliada da prevenção de doenças, educação sobre o excesso de uso e gestão de doenças crônicas.

Coparticipação

Ambulatório

Benefícios flexíveis

As empresas de mais vanguarda têm criado o conceito do benefício flexível onde o colaborador, conforme seu cargo, constrói seu pacote de benefícios, contudo, no plano de saúde qualquer seleção do beneficiário é uma anti-seleção do risco, já que as pessoas escolhem conforme suas maiores necessidades, noção conflitante com o mutualismo.

PRÉ-PAGAMENTO OU PÓS-PAGAMENTO?

Modelo	Prêmio	IOF ¹	Copart	Sinistro	Tx Adm
Pré-pago	Pago pela empresa	Pago pela empresa	Pago pela empresa e descontado do empregado	Operadora	Não
Pós-pago	Não	Não	Sim, mas sempre revertida ao cliente	Pago pela empresa	Pago pela empresa

A forma de “contratar” o risco é uma forma de dizer que a Pessoa Jurídica Contratante pode, em tese, para o plano coletivo empresarial de grande massa de beneficiários, escolher se paga o prêmio e deixa a despesa a cargo e risco da operadora de plano de saúde (modelo de pré-pagamento), ou se assume de forma direta e integral as despesas médicas pagas mais uma taxa de administração (modelo de pós-pagamento). A diferença entre um e outro se resume ao quanto fica reservado de resultado à opera-

dora após pagar todas as despesas médicas. O que poderíamos chamar de *spread* sobre a despesa médica.

No modelo de pré-pagamento temos contratualmente um *spread* de 30% na maioria dos contratos, já que o limite técnico dos gastos é de 70% da receita.

Nos pós-pagamento a taxa administrativa representa algo entre 8% e 15% do sinistro ou até menos dependendo do custo *per capita*.

POR QUE NÃO ESTAMOS TODOS NA MODALIDADE PÓS-PAGAMENTO?

Se pós-pagamento é matematicamente mais econômico, por que então não estamos todos nesse sistema e assim resolveríamos a grande discussão sobre reajuste dos planos de saúde?

Por conta do desvio padrão! As despesas médicas pagas oscilam mês a mês sobre uma média, e essa oscilação é em proporção maior quanto menor o número de beneficiários e vice-versa. Logo, se a empresa não é grande em número de beneficiários, pode estar correndo risco justamente porque num determinado mês o custo pode ser muito alto em relação à média histórica

O gráfico abaixo é apenas um exemplo ilustrado da variação percentual sobre a média. Assumir integralmente os picos ainda que compensados pelos vales, pode impactar o fluxo de caixa de qualquer orçamento de benefícios ou até mesmo da empresa.



Até novembro de 2021, segundo Portal de Dados Abertos da ANS, existiam 4.043.956 beneficiários de plano de saúde atrelados ao modelo de pós pagamento, onde a maior volumetria, segundo a ANS, se dá em contratos a partir de 1.000 beneficiários. Percentualmente, esse grupo representa apenas 8% do mercado.

Contudo, é razoável supor que há espaço para crescimento do pós-pagamento. Se considerarmos o dado público disponível dos contratos por range de beneficiários - o sistema RPC que mede os Reajustes de Planos Coletivos notificados pelas operadoras à ANS, mesmo medindo apenas os contratos acima de 5.000 beneficiários que tiveram notificação de reajuste durante os últimos 12 meses (de junho/2021 a maio/2022), temos 3.081.950 beneficiários de empresas grandes em pré-pagamento com potencial para a transição ao pós-pagamento, distribuídos em 221 contratos distintos.

Pode ser, inclusive, que exista efetivamente um número pouco maior de beneficiários (só é possível medir quem foi notificado sobre o reajuste), mas, ainda assim, dá a dimensão do tamanho deste potencial de empresas que poderiam rever seu modelo de contratação de risco.

COPARTICIPAÇÃO

Planos ativos e suspensos de comercialização

Fator Moderador	Beneficiários	% do Total
Coparticipação	24.219.030	49,77%
Ausente	20.987.890	43,13%
Franquia + Coparticipação	3.036.414	6,24%
Franquia	414.629	0,85%
Total	48.657.963	100,00%

49,77% dos beneficiários têm coparticipação ou
56,87% se considerarmos o mecanismo de franquia.

Fonte: Portal de Dados Abertos - PDA e Tabnet - 11/2021. Dado público depurado conforme Business Intelligence Setorial da Arquitetos da Saúde.

Nota: Dados são referentes apenas ao produto plano de saúde.

O que é a coparticipação?

A coparticipação é o valor pago pelo consumidor à operadora em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde, enquanto a franquia é o valor estabelecido no contrato do plano de saúde até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura

Recomendações:

1. Atentar para o teto de desconto de salário, pois eventos com altos valores podem ser inexecutáveis;
2. Que sejam aplicados sobre eventos de baixa complexidade e alta frequência (consultas e exames);

3. Que não sejam aplicados sobre eventos preventivos e tratamentos de doenças crônicas;

4. Aplicar critérios inteligentes e ligados à utilização racional do benefício. Exemplo, excesso de idas ao pronto-socorro.

Por que a coparticipação?

Para racionalizar a utilização do benefício, evitando desperdícios de recursos e ajudando no custeio do plano de saúde, colocando, inclusive, o colaborador como um fiscal da sua própria utilização através dos extratos de coparticipação.

GESTÃO DE SAÚDE POPULACIONAL

Programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças são práticas que, quando adotadas em ambientes corporativos, contribuem para a melhorar a saúde de uma população, impactando também na sustentabilidade dos custos de utilização.

Segundo a Aliança para a Saúde Populacional (ASAP) “o objetivo da Gestão de Saúde Populacional é promover um

entendimento da saúde da população, incentivar discussões e engajamento dos principais interessados (prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde pública, planos de saúde, empregadores e formuladores de políticas) e promover o desenvolvimento e a disseminação de estratégias destinadas a melhorar a saúde da população.”

Pesquisa realizada pela ASAP e pela Associação

Brasileira de Recursos Humanos (ABRH) aponta que pouco mais de 40% das empresas respondentes realizam gestão de saúde.

Por que fazer Gestão de Saúde Populacional?*

- 1.** Melhorar a qualidade de vida dos colaboradores por meio de adoção de hábitos de vida saudáveis;
- 2.** Melhorar a produtividade e preservar seus talentos oferecendo melhoria de qualidade de vida e melhor ambiente de trabalho;

3. Tornar o plano de saúde um benefício sustentável e perene para a empresa;

4. Diminuir custos evitáveis com doenças crônicas e agravos à saúde dos colaboradores e seus dependentes, se for o caso;

5. Diminuir atestados e afastamentos de colaboradores e seus impactos em impostos relacionados.

* Guia de Dados e Indicadores para Gestão de Saúde Corporativa (ASAP)

ANÁLISES POPULACIONAIS

A utilização de dados e pesquisas para a segmentação do perfil de risco populacional

Uma das grandes ofertas às empresas contratantes são os diversos programas de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças, ofertados pelas próprias operadoras, corretoras ou empresas de gestão de saúde.

Programas desta natureza, a serem implementados em empresas que têm um número mínimo de vidas e orçamento para este fim, precisam partir da segmentação da população em grupos mínimos de perfil de uso e risco.

Para isso é importante estabelecer a fonte de dados desta segmentação e o método pelo qual se dará a investigação.

Fontes de dados	Complexidade	Assertividade
Histórico de utilização médica do plano de saúde	Média	Média
Questionário de Saúde	Baixa	Alta
Saúde Ocupacional	Baixa	Baixa
Declaração Pessoal de Saúde ¹	Baixa	Alta
Segunda opinião médica ²	Alta	Média
Prontuário Eletrônico ³	Alta	Alta
Ambulatório na empresa ³	Alta	Média

Grupos mínimos de perfil de uso ou de risco

1. Doença crônica
2. Câncer > incidência
3. Parto
4. Excesso de uso
5. Saudável
6. Sem utilização
7. Casos agudos

Notas: (a) Complexidade se refere ao grau de dificuldade para sua implementação e/ou utilização, mas não necessariamente da empresa. Neste caso, contando também com a

operadora ou corretora. (b) Assertividade se refere ao grau de acerto ou de segmentação completa da lista de grupos mínimos de perfil de uso ou risco.

¹ Aplicável apenas em contratos com menos de 30 vidas sujeitos a carência ou cobertura parcial temporária - CPT.

² Geralmente acontece apenas com o apoio ou através da operadora, além de não ter o alcance suficiente para detalhar os perfis de uso ou risco ou no caso dos prontuários eletrônicos que esbarram na interoperabilidade.

³ Apenas as maiores empresas têm estrutura de ambulatório próprio e geralmente fica restrito a medicina do trabalho.

QUAIS INDICADORES ACOMPANHAR OU GERIR

Uma visão técnica do contrato coletivo



Qual macro indicador de saúde você quer gerir?

Se existe um indicador que todo o gestor de plano de saúde empresarial tem obsessão é a sinistralidade. Afinal, no seu contrato de plano de saúde coletivo um dos gatilhos de reajuste é justamente o índice de sinistralidade que é medido pelo quociente do sinistro dividido pelo prêmio, contra um limite técnico fixo e pré-estabelecido.

Acontece que, com frequência, não é levado em conta o fato de que a sinistralidade é um indicador relativo e consequente de outros dois: prêmio e sinistro. Também é interessante observar que em qualquer gráfico histórico observa-se uma sinistralidade sempre próxima a 84%. Se ela permanece no mesmo patamar, seria possível dizer que o custo estancou? Na verdade, significa que, considerando-se apenas a relação operadora-empresa contratante, as margens possíveis se autocompensaram estrangulando alguma ponta (cliente pelo reajuste ou operadora pela margem líquida). Este indicador convive com um contexto muito diferente da regra contratual, pois mesmo as operadoras estabelecendo na maioria dos contratos 70% de limite técnico, convivem com uma sinistralidade média histórica de 84%.

Até aqui entendemos que já é possível concluir que não existe sinistralidade ruim. Existe prêmio ou sinistro ruim. Consertando um dos dois você corrige a sinistralidade.

O prêmio é fruto de um cálculo atuarial que considera o plano de saúde pela expectativa da demanda por utilização médica vezes o custo médio destes eventos, ou seja, uma boa precificação acerta nestas duas matrizes.

Acertar o custo dos procedimentos, em tese, é menos difícil porque ele é baseado numa tabela de preços de procedimentos com a rede e é da total ingerência da operadora. Claro que não é tão simples porque, principalmente nos eventos internados, o mesmo procedimento pode ter um custo final distinto e bem elástico, em função dos modelos de remuneração prioritariamente praticados entre operadora e prestadores.

Acertar a demanda é uma missão mais complicada porque a competição do plano de saúde coletivo ainda se dá muito pelo preço, então se a tabela de remuneração é conhecida qualquer margem de manobra para um preço competitivo se dá por uma visão mais otimista da demanda, ainda que baseado em premissas técnicas.

Em resumo, o bom prêmio nada mais é do que uma boa assertividade da demanda e do custo. É claro que *benchmarking* de prêmio ainda é importante para estabelecer uma média, um parâmetro de comparação, mas se o prêmio ficou insuficiente prematuramente no contrato coletivo, é sinal de que a operadora falhou nesta previsão

(exceto nos casos isolados de eventos agudos e de altíssimo custo que não puderam ser diluídos pelo contrato).

Em situações em que se conclui que o prêmio está insuficiente, antes de trocar de operadora é preciso se perguntar se a demanda seria menor em qualquer outro contexto independente do produto. Se a resposta for não, dificilmente o prêmio está certo e conseqüentemente a sinistralidade sempre será alta.

Nessa “desconstrução” do desequilíbrio técnico, resta falar do sinistro. No final das contas, o único macro indicador realmente importante para a gestão do plano de saúde é o sinistro, que pode ser gerenciado por várias frentes, tais como as causas da de-

manda, a regulação, a rede, o nível de reembolso, a elegibilidade do plano, etc.

Se o sinistro se comporta bem, por consequência o prêmio tende a ser suficiente e a sinistralidade reflete a boa relação de proporcionalidade entre eles dentro do limite técnico contratual.

Sinistralidade é consequência, prêmio é técnica baseada em expectativa atuarial de demanda. Só o sinistro é causa raiz. Ainda que demore mais, focar na gestão do sinistro é o que realmente importa.

Quem busca gerenciar o sinistro influenciando a demanda ou o custo dos eventos tem propriedade sobre o que realmente acontece no plano de saúde e entende que prêmio e sinistralidade são efeitos e não causas.

VARIAÇÃO DOS CUSTOS MÉDICOS HOSPITALARES

Todo contrato coletivo de plano de saúde tem dois gatilhos já citados neste material para reajuste anual. Um deles é o reajuste por sinistralidade que, quando acima do limite técnico, tem a função de reequilibrar o contrato mantendo a margem necessária da operadora para suas despesas operacionais, comerciais e lucro. O outro é quanto à expectativa de variação de custos mé-

dicos hospitalares, a tão falada VCMH.

A sinistralidade é impactada pela VCMH, pois esta última já está representada no custo mensal que serviu de base para cálculo da sinistralidade no período de reajuste. Claro que esta discussão só faz sentido para contratos coletivos que são de livre negociação do reajuste.

Um índice nacional de VCMH como será demonstrado a seguir é importante pelo subsídio de gestão e *benchmarking* que ele fornece e não tem caráter fiscalizatório, pois em contrato vale o que cada operadora divulga.

Contudo, quando uma pessoa jurídica contratante calcula minimamente seu próprio índice ela pode não apenas ter algum subsídio para a negociação com a operadora na ocasião do reajuste como também instruir melhor a gestão do plano de saúde com um olhar mais assertivo sobre o custo assistencial e das causas que pres-

tionam uma variação positiva muito acima da inflação geral de preços.

Os indicadores apresentados a seguir têm por base os dados e informações dos cadernos da ANS intitulados Mapa Assistencial da Saúde Suplementar, data base de 2014 até 2021 e também os cadernos de informação de saúde suplementar.

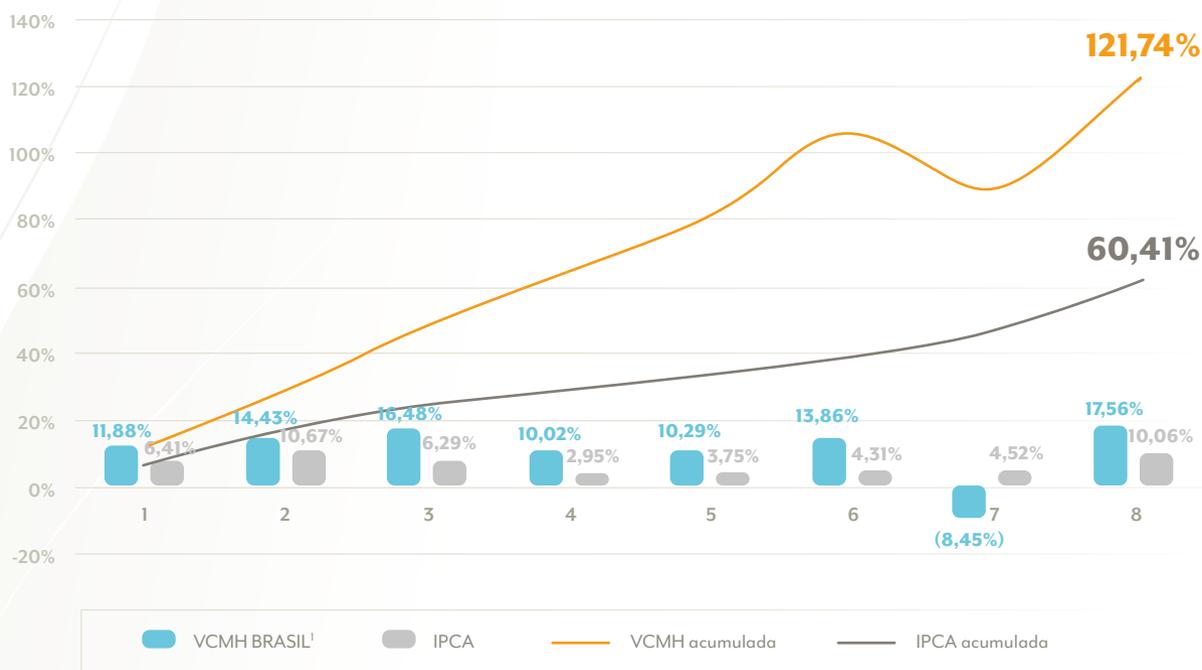
Este material traz uma visão geral da saúde suplementar no Brasil sobre a demanda e os custos assistenciais agrupados por tipo e uma maior abertura quanto aos eventos monitorados pela ANS.

ANO	VCMH BRASIL ¹	IPCA
2014	11,88%	6,41%
2015	14,43%	10,67%
2016	16,48%	6,29%
2017	10,02%	2,95%
2018	10,29%	3,75%
2019	13,86%	4,31%
2020	(8,45%)	4,52%
2021	17,56%	10,06%
ACMULADO	121,74%	60,41%
LINEAR / ANO	10,47%	6,08%

¹ Índice calculado pela variação dos custos médicos hospitalares per capita do mesmo período entre período 2 e período 1, composto por 12 meses cada um. Foi considerado 100% dos beneficiários de plano de saúde em cada ano e a depuração de dados é conforme a metodologia da Arquitetos da Saúde.

Índice calculado pela variação dos custos médico-hospitalares per capita do mesmo período entre período 2 e período 1 composto por 12 meses cada um. Foi considerado 100% dos beneficiários

de plano de saúde em cada ano e a depuração de dados é conforme a metodologia da Arquitetura da Saúde. São desconsideradas desta análise despesas e beneficiários em período de carência.



SINISTRALIDADE

A sinistralidade é a relação percentual entre despesas médico-hospitalares e receita de contraprestações de plano de saúde (mensalidades pagas). Ela dá uma medida do resultado operacional da operadora, ou seja, a sinistralidade demonstra quanto por cento da receita foi gasta com despesas assistenciais e, portanto, o restante serve para pagamento de todas as outras despesas da empresa (administrativa, comercial, impostos etc) e lucro.

Esse limite da sinistralidade ideal para o equilíbrio do plano de saúde coletivo é estabelecido em 70% para a maioria dos contratos. Esse limite contratual é chamado de limite técnico e toda vez que a sinistralidade fica acima dele, o contrato é reajustado no que é chamado reajuste técnico ou reajuste por sinistralidade.

Acontece que a sinistralidade média do mercado de planos de saúde historicamente está acima deste limite.

Entre os anos de 2011 e 2021 foi de 83,80%. Isso significa que para cada R\$ 100 pagos em receita para as operadoras, R\$ 83,80 foram gastos com despesas médico-hospitalares. Sobraram apenas 16,20% para pagamento de todas as despesas e lucro para as operadoras. O setor planejou 30% e ficou com pouco mais da metade.

Enquanto a sinistralidade é o indicador que mede a relação percentual entre despesas médico-hospitalares e receitas de plano de saúde, o reajuste técnico é calculado pela relação entre

sinistralidade e limite técnico.

Suponha que determinado contrato tenha um limite técnico de 70% e que para apuração do reajuste a sua sinistralidade ficou em 85%.

O reajuste técnico seria dado então pela seguinte conta: $0,85 / 0,70 - 1 = 0,2143$.

O reajuste técnico seria de 21,43% sobre a VCMH. A partir desse índice a operadora negociaria com a empresa o índice efetivo do contrato.

ANO	Vidas (em Mi R\$)	Receita (em Bi R\$)	Despesa (em Bi R\$)	Sinistralidade
2011	46,0	82,327	67,860	82,43%
2012	47,9	92,928	78,958	84,97%
2013	49,5	106,532	89,762	84,26%
2014	50,5	123,821	105,243	85,00%
2015	49,3	140,351	118,735	84,60%
2016	47,6	158,507	135,645	85,58%
2017	47,1	176,042	149,053	84,67%
2018	47,1	192,070	159,787	83,19%
2019	47,0	207,583	172,783	83,24%
2020	47,7	217,376	165,769	76,26%
2021	48,9	239,09	206,05	86,18%
2022	49,1	57,842	49,622	85,78%

Fonte: Portal de Dados Abertos - PDA e Tabnet - 12/2021 03/2022. Dado público depurado conforme Business Intelligence Setorial da Arquitetos da Saúde.

Nota: Dados são referentes apenas ao produto plano de saúde.

A sinistralidade é a relação percentual entre despesas médicas hospitalares e receitas pagas.

REAJUSTE EMPRESARIAL

O indicador mais sensível do mercado de saúde suplementar com certeza é o reajuste aplicado aos planos médicos. Não se trata apenas da percepção geral do consumidor e das empresas contratantes de plano de saúde, de fato, historicamente os planos de saúde são reajustados acima da inflação geral de preços. Cabe destacar, no entanto, que são indicadores com lógicas distintas. Enquanto a inflação geral mede a variação de preços, a inflação médica reflete ainda a variação de frequência.

Entre os inúmeros fatores que também contribuem para o comportamento de custos em saúde, estão o envelhecimento populacional, o modelo assistencial fragmentado e focado em tratamento de doenças e os modelos de remuneração prioritariamente focados em volume e não em valor. Como resultado, temos reajustes que poderiam ser em patamares inferiores aos atuais caso coletivamente endereçássemos as inúmeras causas de desperdícios e ineficiências existentes.

Como indicador, a ANS disponibiliza em seu portal apenas a média dos reajustes dos planos coletivos (empresarial e adesão) já que os planos individuais têm teto de reajuste regulado pela Agência.

O que trazemos neste guia é a média nominal do índice sem ponderar pela quantidade de vidas. Isso é muito importante, pois como os contratos coletivos maiores conseguem negociar

reajustes menores, acabam derrubando a média quando ponderado pelo número de beneficiários. Já o reajuste nominal considera a média aplicada aos contratos, independentemente do número de beneficiários em cada contrato.

Outro aspecto do reajuste nominal médio dos planos de saúde coletivos é que a medição representa apenas os contratos que foram reajustados. Uma vez que a livre negociação implica em eventual isenção do reajuste e, ainda que contratos de pós pagamento só tenham reajuste da taxa administrativa ou que contratos menores que 12 meses de vigência não foram reajustados, a base é menor que o número total de beneficiários no segmento de contratos coletivos.

Para isolar o efeito do desvio-padrão, também analisamos uma média sobre a base de reajuste dos últimos 12 meses dos reajustes aplicados no período de jun/21 a mai/22.

Como recomendação ao contratante, sugerimos que o histórico dos reajustes nominais médios das operadoras seja demandado e considerado no escopo dos estudos de mercado, uma vez que, de certa forma, se traduz em um indicador comparativo de eficiência.

Para verificar a média de reajustes praticados pelas operadoras, acesse o Portal da ANS (Painel de Reajuste de Planos Coletivos): www.gov.br/ans

Média do reajuste nominal por contrato Range por tamanho de contrato

Número de vidas por contrato	Contratos	%	Beneficiários	%	Reajuste Nominal Médio	Vidas Média Contrato
1 a 29 ¹	1.479.638	96,04%	6.518.717	30,23%	19,33%	4,41
30 a 99	39.151	2,54%	2.230.600	10,34%	19,09%	56,97
100 a 499	17.178	1,11%	3.932.915	18,24%	19,99%	229
500 a 999	2630	0,17%	1.921.770	8,91%	13,79%	731
1000 a 4999	1842	0,12%	3.878.804	17,99%	13,17%	2.106
5000 a 19999	192	0,01%	1.786.741	8,29%	11,05%	9.306
20000 a 49999	23	0,00%	656.819	3,05%	11,94%	28.557
50000+	6	0,00%	638.390	2,96%	6,08%	106.398
Total	1.540.660	100%	21.564.756	100%	18,73%	13,99

agrupamento não obrigatório, mas recomendado

Grupo mínimo de reajuste regulado pela RN 309.

Fonte: ANS | RPC – Reajuste de Planos Coletivos. Dado público depurado conforme Business Intelligence Setorial da Arquitetos da Saúde.

A tabela acima representa a média nominal de reajuste dos planos de saúde coletivos empresariais, ou seja, considera o valor percentual do índice aplicado e faz a média pelo número de contratos. Dessa forma, temos uma visão mais próxima

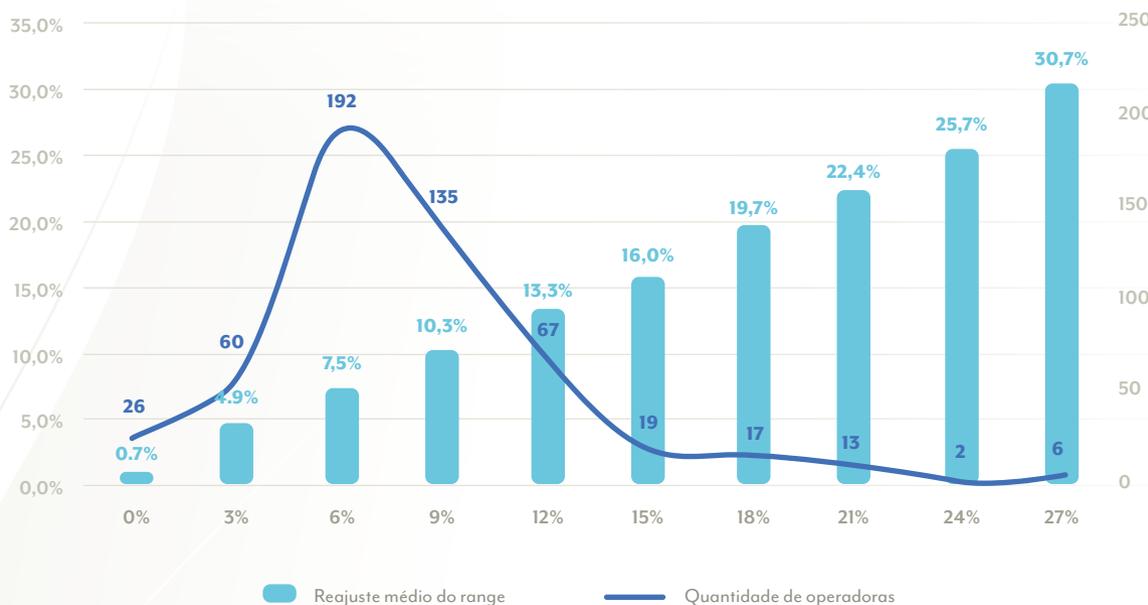
do contratante, pois sob a ótica do beneficiário é impossível determinar se e quanto do índice de reajuste foi repassado, pois nem todos os contratantes exigem que o colaborador seja contribuinte do plano médico ou repassam integralmente o índice.

Nota: Dados referentes ao produto plano de saúde dos contratos coletivos empresariais que tiveram reajuste no período de jun/21 a mai/22. Foram desconsiderados os contratos de pós-pagamento e também os reajustes eventualmente aplicados com base em períodos de avaliação menor que 12 meses. O número de vidas da tabela é, portanto, menor que o total de beneficiários dos planos coletivos empresariais.

DE	ATÉ	OPERADORAS	%	REAJUSTE MÉDIO
-	2,0%	26	4,8%	0,7%
3,0%	5,0%	60	11,2%	4,9%
6,0%	8,0%	192	35,8%	7,5%
9,0%	11,0%	135	25,1%	10,3%
12,0%	14,0%	67	12,5%	13,3%
15,0%	17,0%	19	3,5%	16,0%
18,0%	20,0%	17	3,2%	19,7%
21,0%	23,0%	13	2,4%	22,4%
24,0%	26,0%	2	0,4%	25,7%
27,0%	ou mais	6	1,1%	30,7%
MÉDIA TOTAL		537	100%	18,73%

A tabela acima representa a média nominal de reajuste dos planos de saúde coletivos empresariais, ou seja, foi considerado o valor percentual médio do índice aplicado por contrato. Dessa forma, temos uma visão mais próxima do contratante, pois sob a óti-

ca do beneficiário é impossível determinar se e quanto do índice de reajuste foi repassado, pois nem todos os colaboradores são contribuintes do plano médico ou tem repasse integralmente do índice de reajuste em suas contribuições fixas.



Fonte: ANS | RPC – Reajuste de Planos Coletivos. Dado público depurado conforme Business Intelligence Setorial da Arquitetos da Saúde.

Nota: Dados referentes ao produto plano de saúde dos contratos coletivos empresariais que tiveram reajuste no período de jun/21 a mai/22. Foram desconsiderados os contratos de pós pagamento e os reajustes eventualmente aplicados com base em períodos de avaliação menor que 12 meses. O número de vidas da tabela é, portanto, menor que o total de beneficiários dos planos coletivos empresariais.

AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS – ATÉ 29 VIDAS

Conceito: Contratos com até 29 vidas devem ser agrupados para cálculo e aplicação de um único % de reajuste – RN nº 309/12.

Objetivos:

- Promover a diluição do risco;
- Aumentar o mutualismo, promovendo estabilidade aos contratos coletivos menores;
- Aumentar a comparabilidade entre os reajustes (transparência);
- Proteger o consumidor.

SE APLICA	NÃO SE APLICA
Coletivos por adesão	Exclusivos para ex-empregados (RN 279)
Coletivos empresariais	Planos em pós-pagamento
Coletivos adaptados à lei 9.656/98	Coletivos não adaptados à lei 9.656/98

IDSS – ÍNDICE DE DESEMPENHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O IDSS (Índice de Desempenho da Saúde Suplementar) é um indicador desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para avaliação anual do desempenho das operadoras de planos de saúde do Brasil.

O índice é composto por um conjunto de dimensões definidas pela própria ANS, com o objetivo de medir o desempenho das operadoras (qualidade em atenção à saúde, garantia de acesso, sustentabilidade do mercado e gestão de processos e regulação). Para avaliar e dar notas a cada um dos atributos, a ANS recorre ao cruzamento de

informações enviadas periodicamente pelas operadoras, mediante sistemas de envio eletrônico de dados à agência regulatória.

O IDSS, como indicador de desempenho, pode ser útil ao gestor para comparar a sua operadora com outras do mesmo segmento ou fortes concorrentes, principalmente durante um processo de mudança do plano médico onde a cotação geralmente se atém à preço e a informações operacionais objetivas. Esse pode ser mais um critério de decisão com um determinado peso estabelecido para o processo de decisão.

IDSS - BRASIL

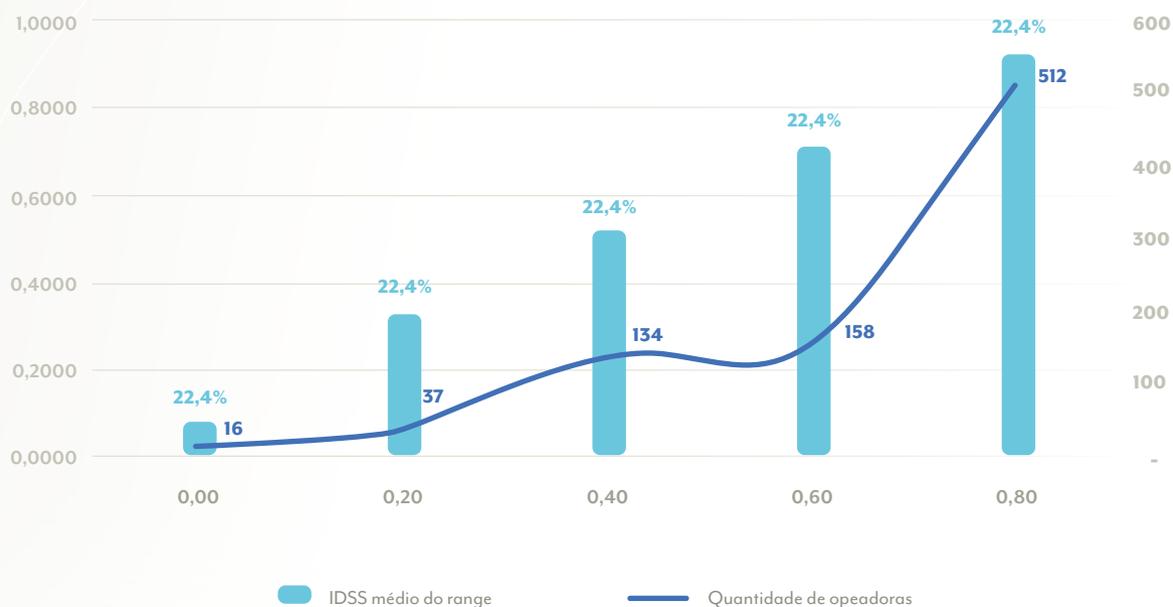
Dimensões do IDSS que compõe o índice geral	Peso na composição do índice	Total de indicadores de cada dimensão
IDQS - Qualidade em Atenção à Saúde: avaliação do conjunto de ações em saúde que contribuem para o atendimento das necessidades de saúde dos beneficiários, com ênfase nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada;	30%	12
IDGA - Garantia de Acesso: condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de prestadores;	30%	8
IDSMS - Sustentabilidade no Mercado: monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando o equilíbrio econômico-financeiro, passando pela satisfação do beneficiário e compromissos com prestadores;	30%	7
IDGR - Gestão de Processos e Regulação: essa dimensão afere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS.	10%	5

Indicadores bônus: programas de acreditação da operadora, promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, participação em projetos de indução da qualidade, modelos de remuneração baseados em valor, índice de efetiva comercialização de planos individuais, pesquisa

de satisfação do beneficiário, autorização prévia anual para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários, índice de reajuste médio ponderado aplicado aos planos coletivos, proporção de diagnósticos inespecíficos nos eventos de internação da TISS.

IDSS 2020 - BRASIL

DE	ATÉ	OPERADORAS	%	IDSS MÉDIO
0,00	0,19	16	1,9%	0,0769
0,20	0,39	37	4,3%	0,3280
0,40	0,59	134	15,6%	0,5179
0,60	0,79	158	18,4%	0,7096
0,80	1,00	512	59,7%	0,9254



Fonte: ANS | IDSS – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar do ano de 2020

As linhas da tabela e as cores do gráfico são conforme o range estabelecido pela ANS.

Para consultar o IDSS das operadoras de planos de Saúde, basta acessar o site da ANS: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans> ou https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans/ListagemCompletadosresultadosdoIDSS2020v12021_11_22v1.pdf

PROMOPREV

O Promoprev (Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças), o qual tem incentivo da ANS, consiste em um estímulo às operadoras de saúde para adoção de medidas preventivas e zelo pela manutenção da saúde na população assistida pelos planos de saúde.

A Agência define como programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aquele que contém um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas que objetivam: a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações. Segundo

a ANS, “o desenvolvimento dos programas tem como objetivo a mudança do modelo assistencial no sistema de saúde e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde. O foco é produzir saúde e não apenas tratar a doença, por esse motivo a ANS, desde 2004, tem buscado cada vez mais estimular as operadoras a repensarem a organização do sistema de saúde e a implementar um modelo de atenção mais eficiente e resolutivo”.

Em geral, os programas cadastrados pelas operadoras contemplam cuidados relacionados a Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como diabetes, hipertensão e câncer, em detrimento dos fatores de risco para essas doenças.”

Ainda que tenha havido um importante crescimento no número de programas cadastrados junto a ANS na última década, o investimento nestes programas representou apenas R\$ 758.709.450 no ano de 2021, o que equivale a 0,31% da receita líquida das operadoras de planos de saúde.

A ANS disponibiliza, periodicamente, a lista das operadoras que tiveram programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados através do link <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/promoprev>

Ano	Programas aprovados por ano e vigentes 2021	Beneficiários dos programas aprovados por ano e vigentes 2021
2009	36	68.285
2010	23	36.583
2011	23	35.583
2012	20	112.574
2013	39	22.120
2014	29	18.419
2015	51	48.975
2016	55	92.282
2017	76	209.110
2018	74	69.110
2019	78	195.632
2020	63	82.819
2021	55	107.743
Total Geral	622	1.099.235

Fonte: ANS/Sistema Promoprev.

Quantidade de beneficiários informada pela operadora ao cadastrar o programa.

PREÇO, REDE E REEMBOLSO

As principais informações analisadas por empresas no ato da contratação de planos de saúde para seus coladores envolvem o preço dos planos a serem ofertados, a rede referenciada de serviços médico-hospitalares ao qual o(s) produto(s) em questão dá acesso e a existência e padrões de reembolso de procedimentos e honorários médicos, ainda que este último tenha perdido um pouco a relevância ao longo dos anos em função da prioridade sobre o preço. O reembolso pode ser um ofensor da melhor gestão de custo se mal dimensionado.

Ainda que se trate de informações extremamente

importantes, é fundamental ter em mente que outras tantas avaliações financeiras e de qualidade sejam analisadas no ato da contratação, de forma a torná-la mais efetiva.

Essas análises só podem ser feitas com eficiência se a empresa dispõe de bons indicadores de *benchmarking*, sejam eles macro setorial ou de seu próprio segmento.

Para acesso aos macros indicadores de mercado, eles podem ser encontrados ou depurados a partir do site da ANS (<https://www.gov.br/ans>) na seção Dados e Indicadores do Setor.

O QUE É RESULTADO NA GESTÃO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL?

Destacamos aqui que a interpretação de resultado na gestão do plano de saúde vai muito além de simplesmente um ganho financeiro real, ou seja, que o custo dos últimos 12 meses seja menor do que o mesmo período anterior. Resultado em saúde é muito mais difuso e complexo, conforme os exemplos a seguir:

- O menor *spread* sobre as despesas médicas:

Como demonstramos ao longo desse guia, quanto

maior a empresa maior a chance de negociar um carregamento menor sobre as suas despesas assistenciais, seja aumentando o limite técnico do contrato de pré-pagamento, seja alterando a forma de contratação para pós pagamento.

- A maior previsibilidade possível de despesas médicas:

Partindo do princípio que as despesas médicas

sempre vão variar em função da média, as empresas com um número mínimo de vidas para diluir o risco isolado e com uma população já tratada (que tem há muito tempo plano de saúde) começa a diminuir seu desvio-padrão à medida que a demanda se torna conhecida ou que os programas de gestão de saúde comecem a controlar os excessos de uso ou evitam altos custos.

- O menor custo assistencial sem sacrificar acesso de qualidade:

Ainda que o custo aumente a cada ano, um *benchmarking* estruturado pode demonstrar que a empresa está em linha com sua modalidade de operadora, produto, região, forma de contratação, e ainda demonstrar pelos indicadores de deman-

da que as pessoas utilizam o plano de saúde de forma adequada. Que qualquer redução de custo ou mecanismos de regulação implantados não impediram as pessoas de tratarem suas doenças ou fazerem suas consultas e exames preventivos.

- A VCMH real abaixo do divulgado pela operadora e mercado:

É inerente ao sistema de saúde que, quase sempre, os custos subam acima da inflação geral de preço em função de aspectos estruturais e regulatórios que estão além da ingerência do contratante, porém, as empresas que medem sua VCMH verdadeira podem demonstrar que tem melhores resultados que o mercado ou até que sua própria operadora.

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

A acreditação hospitalar é um método de avaliação que comprova a segurança e a qualidade da assistência, reconhecida e utilizada em todo o mundo como estratégia de melhoria contínua dos serviços. Além disso, é ratificada e recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil, assim como na maioria dos países, é um processo voluntário e reservado, sem caráter de fiscalização.

Um hospital acreditado oferece serviços de qualidade aos pacientes. Isso é um fato reconhecido. Durante a Copa do Mundo no Brasil, por exemplo,

a Fifa exigiu hospitais acreditados para atender aos seus funcionários e aos atletas. Muitos governos e grandes empresas pelo mundo também exigem o selo dos fornecedores de saúde. Há anos, a acreditação é um diferencial poderoso para a instituição. Mas, hoje, é mais do que isso.

A acreditação estimula, de fato, melhorias operacionais indispensáveis para o hospital aprimorar a experiência do paciente ao mesmo tempo em que garante o equilíbrio financeiro em tempos de custos crescentes. Com a vantagem de trazer

padrões e orientações de eficiência comprovada, que mostram com clareza como chegar aos objetivos. Trata-se, portanto, de uma estratégia de gestão lógica e praticamente obrigatória.

Apesar de extremamente importante para quem contrata um plano de saúde, a qualidade dos

prestadores de serviços de saúde credenciados é pouco difundida e valorizada no Brasil. Dos mais de 6 mil hospitais no país, menos de 10% possuem alguma acreditação de qualidade, segundo levantamento realizado pela Anahp a partir da publicação das instituições acreditadas nos sites das próprias certificadoras.

No Brasil, atualmente, existem seis metodologias de acreditação hospitalar, sendo uma nacional, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), e cinco internacionais: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), American Accreditation Commission International (AACI), Joint Commission International (JCI), National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO) e Qmentum International.

Possuir acreditação hospitalar é um critério de elegibilidade para ser um hospital associado à Anahp, acesse o link a seguir para conhecer associados que investem em processos de qualidade: <https://www.anahp.com.br/associados/>

A busca pelas instituições acreditadas também pode ser feita por meio dos sites das certificadoras, conforme listados abaixo:

- Organização Nacional de Acreditação (ONA): <https://www.ona.org.br/>
- National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO): <https://www.dnv.com.br>
- Joint Commission International (JCI): <https://www.jointcommissioninternational.org/>
- Qmentum International: <https://qmentum.com.br/>
- American Accreditation Commission International (AACI): <https://aacihealthcare.com/>
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA): <https://www.juntadeandalucia.es/>

ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Programa de Acreditação de Operadoras é uma certificação de boas práticas para gestão organizacional e gestão em saúde, cujo objetivo é a qualificação dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde, propiciando uma melhor experiência para o beneficiário.

A adesão ao Programa é voluntária e a certificação é conferida por entidades acreditadoras, reconhecidas pelo Inmetro, às operadoras que cumprirem os critérios estabelecidos na Resolução Normativa nº 507, de 30 de março de 2022, que alterou a RN nº 277/2011.

O Programa envolve quatro dimensões: Gestão Organizacional, Gestão da Rede Prestadora, Gestão em Saúde e Experiência do Beneficiário,

abrangendo 21 requisitos, e mais de 160 itens de verificação.

Para se submeter à acreditação, as operadoras deverão estar regulares nos programas de monitoramento econômico-financeiro, técnico-assistencial e de fiscalização da ANS, e ter nota no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS igual ou maior a 0,6.

No ato da contratação de uma operadora de planos de saúde, é recomendável ter ciência sobre a existência ou não de certificação da referida operadora.

Acesse o link <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras-1> para informações sobre operadoras de plano de saúde acreditadas.

Nível I **Validade de 3 anos**

Obter nota final maior ou igual a 90
Conformidade em pelo menos 80% dos itens de excelência
IDSS acima de 0,8

Nível II **Validade de 2 anos**

Nota final maior ou igual a 80 e menor que 90
IDSS acima de 0,6

Nível III **Validade de 2 anos**

Nota final maior ou igual a 70 e menor que 80
IDSS acima de 0,6

Para conhecer quais são as operadoras acreditadas, acesse o link: <https://dados.gov.br/dataset/operadoras-acreditadas>

CERTIFICAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde (APS) está entre as iniciativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) voltadas para a adoção de boas práticas em gestão que incentivem ações de promoção da saúde e prevenção doenças.

Esse programa de adesão voluntária desenvolvido pela ANS propõe uma mudança no atual modelo de atenção na saúde suplementar, com base na coordenação do cuidado e da atenção primária como porta de entrada prioritária do sistema. A concessão do certificado é resultante do cumprimento dos requisitos pré-estabelecidos, devidamente certificados por entidades acreditadoras homologadas pela ANS.

Considerando a importância da certificação em APS, há uma fase que antecede a sua solicitação, em que as operadoras de planos de saúde passam por uma fase de capacitação desenvolvida pela ANS em parceria com o *Institute for HealthCare Improvement* (IHI) e outras entidades.

O Programa de Certificação de Boas Prá-

ticas em APS é baseado nos pilares de estruturação dos cuidados primários em saúde: (1) porta de entrada do sistema; (2) longitudinalidade do cuidado; (3) alta coordenação do cuidado; (4) integralidade do cuidado; (5) heterogeneidade das demandas; (6) centralidade na família e (7) orientação ao paciente e à comunidade.

Atualmente, existem quatro operadoras de planos de saúde certificadas e outras onze em fase de capacitação junto ao IHI.

Este olhar voltado para a atenção primária por parte das operadoras é fundamental para ajudar as empresas a estruturarem e construir iniciativas de promoção e prevenção, visando a melhoria da qualidade de vida de seus colaboradores, bem como a eventual redução de custos com o benefício saúde em médio e longo prazos.

Acesse o link <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/programa-de-certificacao-de-boas-praticas-em-atencao-a-saude-1> para informações sobre operadoras de planos de saúde certificadas.

INFORMAÇÕES E AVALIAÇÕES DE OPERADORAS

Além das inúmeras informações detalhadas ao longo desta publicação, recomendamos a consulta ao Portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), onde estão disponibilizadas uma série de outras informações e avaliações sobre as operadoras de planos de saúde que serão úteis no ato da contratação do benefício. Consulta de Dados e Planos das Operadoras:

- Monitoramento da Garantia de Atendimento;
- Programa de Qualificação de Operadoras de Planos de Saúde;
- Índice de Reclamações;
- Operadoras em Regime Especial de Liquidação ou Falência;
- Percentual de Pagamento Administrativo das Operadoras junto ao Ressarcimento do Sistema Único de Saúde;
- Taxas de Partos Cesáreos por Operadora de Plano de Saúde.

Para mais informações acesse <https://www.gov.br/ans>



PONTOS CRÍTICOS NA COMPRA DE PLANO DE SAÚDE

Uma visão do contrato coletivo



OFERTA

Existiam até novembro de 2021, 14.022 planos em comercialização ativa em 650 operadoras, das quais 402 têm menos de 20 mil beneficiários e apenas 57 delas têm mais de 100 mil beneficiários. Um mercado com o mesmo marco regulatório e o mesmo rol de coberturas.

O que isso significa? Que a oferta existe, mas num mercado de planos parecidos a oferta se distingue por detalhes menores, tais como, a área de abrangência, a aplicação de coparticipação, a acomodação em

internação, rede credenciada, a proporção de recursos próprios ou referenciados na rede credenciada, a prática de reembolso, se haverá remissão em caso de falecimento do titular. O que importa não é a quantidade de planos ofertados, mas a possibilidade de serem poucos os que se enquadram nas características específicas de determinadas empresas. Importante considerar que médios e grandes contratantes podem inclusive customizar o plano de saúde através de registros de produtos específicos junto à sua operadora de plano de saúde na ANS.

DEMANDA

Em se tratando especificamente de contratos coletivos, tanto empresariais quanto por adesão, uma possível mudança na forma do trabalho pode alterar o tipo de procura, aumentando ainda mais os planos coletivos empresariais - porém, na forma de planos com poucos usuários, na

faixa de até 30 beneficiários, que são reajustados coletivamente. É possível observar, inclusive, práticas de comissões mais altas para esse tipo de plano de saúde. Mas esse movimento tem um limite, pois sempre existiram grandes empresas contratantes.

Range (nº de vidas)	Beneficiários	%
1 a 29 vidas	6.518.717	30,23%
30 a 99 vidas	2.230.600	10,34%
100 a 499 vidas	3.932.915	18,24%
500 a 999 vidas	1.921.770	8,91%
1.000 a 4.999 vidas	3.878.804	17,99%
5.000 a 19.999 vidas	1.786.741	8,29%
20.000 a 49.999 vidas	656.819	3,05%
50.000 ou mais vidas	638.390	2,96%
Total	21.564.756	100%

Fonte: ANS | RPC – Reajuste de Planos Coletivos. Dado público depurado conforme Business Intelligence Setorial da Arquitetos da Saúde.

Nota: Dados referentes ao produto plano de saúde dos contratos coletivos empresariais que tiveram reajuste no período de jun/21 a mai/22. Foram desconsiderados os contratos de pós-pagamento e também os reajustes eventualmente aplicados com base em períodos de avaliação menor que 12 meses. O número de vidas da tabela é, portanto, menor que o total de beneficiários dos planos coletivos empresariais.

CUSTOS

O custo do plano é uma estimativa atuarial com base em demanda e custo da rede credenciada. O conselho importante ao contratante de planos coletivos, principalmente na troca de ope-

radora, é que uma sinistralidade ruim não muda necessariamente na troca de operadora com preço menor. Não muda porque a demanda da população por saúde é a mesma, não importa

a operadora. A forma da regulação e uma estrutura de rede própria pode fazer uma grande diferença, mas quanto maior o desconto na mudança, menos provável o sucesso em longo prazo.

Para dirimir essa dúvida seria necessário que a operadora demonstrasse no ato da contratação seus custos médios e demandas previstas ainda que sem grande detalhamento.

CONTRATO

Bons contratos são os que não dificultam uma eventual rescisão. Em planos coletivos, em função do maior prazo de aviso de eventos realizados até seu efetivo pagamento, as operadoras geralmente pedem um aviso prévio maior na

saída, superior a 30 dias, porém, quanto maior a exigência de garantias, como, por exemplo, cláusulas de multas por rescisão unilateral da contratante sem justa causa, é importante negociar antes da assinatura.

Itens obrigatórios de contrato

Atributos do Contrato	Mecanismos de Regulação
Condições de Admissão	Formação do Preço e Mensalidade
Coberturas e Procedimentos Garantidos	Reajuste
Exclusões de Cobertura	Faixas Etárias
Duração do Contrato	Bônus/Descontos
Períodos de Carência	Perda da Qualidade de Beneficiário
Doenças e Lesões Preexistentes	Rescisão/Suspensão
Atendimento de Urgência e Emergência	Disposições Gerais
Acesso a Livre Escolha de Prestadores	Eleição de Foro

O anexo I da Instrução Normativa 23 trata das informações mínimas contratuais a serem observadas e o foco do sumário da apresentação são os contratos coletivos empresariais.

É importante levar em conta que o contrato de plano de saúde celebrado entre duas

empresas foi previsto pela ANS como um ótimo resumo, não apenas das garantias mínimas obrigatórias do contrato para que exista transparência, mas também para compreender o conjunto dos direitos da contratante e dos beneficiários conquistados pela lei 9.656 e pela regulação e instruções posteriores da ANS.

MUTUALISMO

Planos de saúde têm toda sua lógica baseada em mutualismo, ou seja, quanto maior a população assistida, mais fácil manter o preço médio e a capacidade de diluir altos custos isolados. As empresas maiores também costumam ter menores reajustes, pois conseguem negociar melhores índices em função da sua importância para a carteira da operadora.

Claro que as empresas não são maiores ou menores apenas por vontade, mas é possível ao menos evitar contratar mais de uma operadora quando não é estritamente necessário, como, por exemplo, por questões meramente de autonomia de unidades de negócio.

Um exemplo justificável seria quanto às questões de qualidade de rede credenciada insuficiente em determinada região ou concorrência insuficiente.



Range (n° de vidas)	Contratos	Média de vidas por contrato
1 a 29 vidas	1.479.638	4,41
30 a 99 vidas	39.151	56,97
100 a 499 vidas	17.178	229
500 a 999 vidas	2.630	731
1.000 a 4.999 vidas	1.842	2.106
5.000 a 19.999 vidas	192	9.306
20.000 a 49.999 vidas	23	28.557
50.000 ou mais vidas	6	106.398
Total	1.540.660	13,99

Fonte: ANS | RPC – Reajuste de Planos Coletivos. Dado público depurado conforme Business Intelligence Setorial da Arquitetos da Saúde.

Nota: Dados referentes ao produto plano de saúde dos contratos coletivos empresariais que tiveram reajuste no período de jun/21 a mai/22. Foram desconsiderados os contratos de pós-pagamento e também os reajustes eventualmente aplicados com base em períodos de avaliação menor que 12 meses. O número de vidas da tabela é, portanto, menor que o total de beneficiários dos planos coletivos empresariais.

AGRUPAMENTO DE CONTRATO

De acordo com a Resolução Normativa nº 309/2012, todos os contratos coletivos com menos de 30 beneficiários de uma mesma operadora deverão ser agrupados para fins de cálculo e aplicação do reajuste.

Para as empresas pequenas, porém acima de 29 vidas em que não há obrigatoriedade de agrupamento de contrato por parte da operadora para fim de apuração e aplicação de reajuste unificado, ainda é possível encontrar oferta de plano

empresarial que estabelece agrupamentos distintos e à critério da operadora.

Conforme previsto na RN 309, o agrupamento de contrato é a “medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles” e em seu parágrafo 1º do artigo 3º “É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos com 30 ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça

expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento”.

Quando da realização de um estudo de mercado, é recomendável que empresas acima de 29 vidas questionem se farão parte de um agrupamento de contrato criado por liberalidade da operadora e que a beneficie. Também é importante verificar em qualquer agrupamento, qual é o histórico de reajustes aplicados neste grupo para fim de *benchmarking* e tomada de decisão.

RECOMENDAÇÃO DE AGRUPAMENTO

Range (nº de vidas)
1 a 29 vidas
30 a 99 vidas
500 a 999 vidas
1.000 a 4.999 vidas
5.000 a 19.999 vidas
20.000 a 49.999 vidas
50.000 ou mais vidas

Regulado pela
RN 309

agrupamento
do contrato
recomendado

O QUE DIZEM OS CONTRATANTES

Em pesquisa realizada pelos Arquitetos da Saúde em 2021, sobre Valor na Prestação de Serviços de Saúde, contemplando 46 empresas e aproximadamente 700.000 beneficiários, é possível identificar, numa escala de 1 a 5, sendo 1 pouco relevante e 5 muito relevante, quais são as informações que os contratantes consideram fundamentais como instrumentos de gestão do benefício e da saúde de seus colaboradores e que, portanto, gostariam de receber de sua operadora e/ou corretora de planos de saúde. Entre as principais demandas para empresas em geral, independentemente do número de beneficiários, destacam-se:

- **Propostas de gestão de saúde:** quais as propostas de programas de saúde oferecidos pela operadora;
- **Percentual do sinistro da rede com previsibilidade de custos:** qual o percentual das despesas médicas da operadora contratado junto à rede de instituições referenciadas a partir de modelos de remuneração com previsibilidade de custos;
- **Avaliações da rede:** ter informações complementares da rede referenciada que contribuam para escolhas mais adequadas do recurso médico hospitalar.

O QUE DIZEM OS CONTRATANTES

Avaliação	Nota média de 1 a 5
Proposta de gestão a partir do perfil epidemiológico	4,6
Percentual do sinistro de sua rede com previsibilidade de custos	4,6
Avaliação da rede que ajude na escolha dos colaboradores	4,6
Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)	4,2
Participação em Programas Indutores de Qualidade (ANS)	4,2
Índice Geral de Reclamações (ANS)	4,2

Informações sobre desfechos clínicos da rede	4,3
Como participar de correção de sua população	3,8
Certificações de Boas Práticas Assistências (ANS)	4,0
Informações sobre certificações da rede de prestadores	4,0
Certificações nacionais ou internacionais da operadora	3,3

Fonte: Pesquisa sobre Valor na Prestação de Serviços de Saúde (2021) realizada pela Arquitetos da Saúde

Nota: 1 para menor importância e 5 para máxima importância.

MODELOS DE REMUNERAÇÃO

O modelo de remuneração prioritariamente adotado por prestadores de serviços médico-hospitalares junto às operadoras de planos de saúde é o *fee for service*, onde o pagamento ocorre de acordo com a quantidade de procedimentos e recursos usados.

Visando a maior previsibilidade de custos – o que, inclusive, vai ao encontro da demanda de contratantes de planos de saúde – novos modelos de remuneração vêm sendo adotados entre operadoras de planos de saúde e suas redes referenciadas. Pesquisa realizada pela Anahp em 2021 sobre modelos de remuneração, aponta que 60% dos hospitais têm até 30% de sua receita bruta proveniente de outros modelos de remuneração, distintos do *fee for service*. Entre estes outros modelos, os mais praticados envolvem o pagamento por diárias globais (precificação única de um conjunto de serviços hospitala-

res) e os pacotes (remuneração de procedimento por valor fechado).

No contexto de custos crescentes em saúde, ao contratante cabe o questionamento às operadoras de planos de saúde sobre qual o percentual de sua despesa médica está associado a novos modelos de remuneração que tragam maior previsibilidade de custos.

Ainda que incipientes, modelos de remuneração baseados em valor começam a ser construídos. Em seu Guia para Implantação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor, a ANS destaca que o “objetivo é mostrar que é possível mudar a forma de remuneração de hospitais, clínicas e profissionais de saúde do setor, incentivando que o foco seja o cuidado com o paciente.” Atualmente existem treze projetos piloto em acompanhamento.

AS CORRETORAS DE PLANOS DE SAÚDE

As corretoras são parte importante no processo de comercialização dos planos de saúde, pois são os principais canais de distribuição da maioria das grandes operadoras e em mercados com maior concorrência.

Apenas em 2020 foram gastos pelas operadoras R\$ 6,6 bilhões que em grande parte referem-se às comissões vitalícias ou pontuais, que representam 3% da receita média das operadoras, mas que na prática teriam percentual maior se fosse possível dividir esta despesa apenas pela receita nova trazida no mesmo exercício.

A capacitação média observada nas corretoras é bastante variada, podendo ser uma grande empresa com departamentos operacionais e técnicos praticando os mais variados serviços para se destacarem e gerarem valor aos seus clientes ou com menor capacitação, e focadas exclusivamente na habilidade comercial para a ação pontual de cotação, intermediação e implantação de um contrato.

Remuneração transparente

Muitas vezes a empresa contratante sequer tem conhecimento de quanto é essa remuneração e quais serviços poderiam ser prestados como contrapartida.

Nesse sentido, é direito do contratante saber qual é a remuneração do seu corretor não havendo qualquer regulação ou motivo que torne isso um tema sigiloso para o contratante.

Pesquisa de Valor na Prestação de Serviços de Saúde na Ótica do Contratante, realizada pela Arquitetos da Saúde em 2021, aponta que 63% das empresas não sabem qual é a remuneração do corretor.

Barreiras de saída

É uma prática recorrente das operadoras que uma vez que a corretora tenha sido nomeada pela contratante, é garantida a sua permanência durante toda a vigência do contrato, e o corretor só pode ser trocado 30 dias antes do aniversário do contrato.

Essa prática muitas vezes se configura como uma dificuldade de se cobrar eficiência, pois numa eventual insatisfação ou ausência de serviços efetivos, mesmo contra a vontade do cliente, o corretor continua recebendo até o final da vigência do contrato.

Uma alternativa para eliminar esta barreira de saída é assinar um documento com o corretor, no ato de sua nomeação, documentando o seu “de acordo” para transferência de corretagem a qualquer momento que venha a ser solicitado

pelo contratante, respeitado o prazo de rescisão pactuado entre as partes.

Acordo de nível de serviços com o corretor

Estabelecer um acordo com previsão de metas, prazos e indicadores é uma alternativa para justificar a remuneração vitalícia pela intermediação do negócio. O escopo de serviços a ser pactuado com a corretora deve-

ria variar de acordo com o comissionamento recebido.

Como as comissões são pagas diretamente pela operadora e não são uma rubrica no orçamento da empresa, muitas vezes fica a impressão de que este serviço não é cobrado ou que é menos relevante. E não é. Ao contrário, é um serviço importante e que, bem pactuado, pode gerar valor para o contratante.

BARREIRAS DO PLANO DE SAÚDE COLETIVO

Barreiras de entrada para contratar um plano de saúde coletivo:

- Entrada compulsória dos colaboradores x entrada por adesão;
- Atenção para propostas de planos de saúde que exijam vigência superior a 12 meses a qualquer pretexto;
- Centralização do contrato de plano de saúde. Quanto mais concentrado, melhor as condições e mais ampla a oferta;
- Idade média elevada;
- A presença de inativos com direito a extensão do plano de saúde, sobretudo aposentados;
- A presença de casos de alto custo com prognóstico de continuidade do tratamento;
- A presença de muitas excepcionalidades em relação ao vínculo, tais como pai e mãe;
- Contribuições fixas elevadas;
- Sinistralidade elevada pode ser uma barreira de entrada, porém, muito mais em função da nova precificação que precisa refletir o que não foi ajustado antes ou pela troca mais radical do modelo de regulação ou custo de rede da nova operadora.

Barreiras de saída para rescindir um plano de saúde coletivo:

- Multa por rescisão unilateral e motivada antes do término de vigência. Pode conter apenas um aviso prévio mínimo de 60 dias ou, às vezes, garantias maiores, como o pagamento de múltiplos do faturamento médio;
- Garantia de pagamento de sinistros realizados e não pagos que surgirão após a data de encerramento do contrato. Em contratos de pós-pagamento isso seria

justificado, mas não em contratos de pré-pagamento;

- Regiões distantes dos grandes centros com pouca rede médica disponível ou operadoras locais com quase total monopólio de comercialização ou rede médica própria ou credenciada;
- É importante avaliar na negociação propostas de reajuste menor que tenham como contrapartida vigências prorrogadas que podem impor um alto custo financeiro de saída no reajuste seguinte.

ESTUDO DE MERCADO

Para uma pessoa jurídica contratante tudo começa com a escolha do plano de saúde. Essa escolha se dá, na maioria das vezes, por uma cotação formal de preços e condições em diversas operadoras com produtos potenciais para atender a demanda do contratante. Isso pode ser feito diretamente com as operadoras ou, mais comumente, através de um corretor de planos de saúde.

Os desafios para o contratante de planos coletivos empresariais, já que a cobertura é padronizada por um rol mínimo

estabelecido pela Agência Reguladora, são os diferenciais como abrangência de atendimento, mecanismos de regulação e reembolso, acomodação hospitalar e, principalmente, preço. Ainda poderíamos acrescentar diferenciais muito específicos a serem avaliados, como cobertura de remissão do grupo familiar por morte do titular, gestão de gestantes ou doentes crônicos, descontos em redes de medicamentos e outros serviços, mas estes serão sempre acessórios.

Num ambiente de condições muito pare-

cidas, é difícil que o preço não tenha um papel da maior importância na decisão. Claro, e seria assim mesmo em outros contextos, porém, é fundamental compreender que o preço do novo contrato é tão sustentável quanto a sinistralidade do contrato anterior.

Uma questão prioritária, portanto, seria exigir da operadora um mínimo racional da precificação proposta sob a expectativa da demanda e custo da população cotada.

Afinal, o preço apresentado pela operadora considerou não apenas a distribuição etária atual do contrato confrontada com sua nota atuarial de produto, como também levou em consideração a sinistralidade do contrato atual, portanto, existe essa expectativa de demanda e custo.

Ter acesso a essa informação desde o início ajudaria não apenas na transparência, mas também no estabelecimento de metas realistas de gestão do custo.

DIMENSIONAMENTO DE REDE CREDENCIADA

Nem sempre os maiores gastos representam os maiores ofensores de custo se considerarmos o tipo do tratamento e a sua demanda. Um transplante de alto custo e baixa frequência, por exemplo, pode ser importante em determinado ano, mas não será a essência da demanda da maioria da população.

Ao decidir pela troca de operadora é fundamental considerar o histórico da frequência de utilização dos beneficiários e suas motivações clínicas ao analisar a rede credenciada atual comparada com uma nova

operadora. Eventualmente, uma rede menor, que minimamente contemple serviços acreditados, mas bem distribuída e que considere os principais prestadores pelo critério da demanda, pode ser mais efetiva e com custo de plano de saúde melhor.

O mesmo exemplo serve para um produto de rede de abrangência nacional para uma população que não necessita prioritariamente dessa amplitude, em comparação a uma rede regionalizada que possa trazer outros conceitos, como uma atenção primária efetiva.

REPUTAÇÃO x INDICADORES

Raros são os prestadores de serviços médico-hospitalares que disponibilizam indicadores de qualidade que poderiam contribuir para melhores escolhas por parte das empresas contratantes e seus beneficiários.

A pesquisa “Valor na Prestação de Serviços em Saúde sob a Ótica do Contratante”, promovida em maio de 2021 pela Arquitetos da Saúde, aponta que apenas 5,1% dos serviços são escolhidos pelo critério de indicadores de qualidade assistencial.

Ainda que a divulgação de indicadores de qualidade raramente esteja disponível, é importante aumentar a preocupação e cobrança deste item, tanto por parte dos beneficiários quanto das pessoas jurídicas contratantes.

Outro indicativo importante de qualidade que deveria ser mais valorizado pelas empresas no ato da contratação e/ou troca do plano de saúde se refere à acreditação em saúde, método de avaliação e certificação que busca por meio de padrões previamente definidos, promover a qualidade e a segurança da assistência no setor de saúde.

Avaliação	Respondentes
Reputação da instituição	23,4%
Recomendação da área médica	18,0%
Proximidade do trabalho	22,5%
Proximidade da residência	30,6%
Indicadores de qualidade assistencial	5,4%

Fonte: Valor na prestação de serviços de saúde sob a ótica do contratante de maio/2021 promovida pela Arquitetos da Saúde

PLANO DE COMUNICAÇÃO

Uma comunicação clara com os colaboradores é fundamental para uma gestão eficiente do plano de saúde



CONSTRUINDO RELAÇÕES DE CONFIANÇA

Manter a comunicação ativa com os beneficiários do plano de saúde, sobretudo os titulares, é uma questão importante para qualquer seguimento de vínculo de plano de saúde, seja ele plano individual, coletivo por adesão ou empresarial. Os dois primeiros ficam a cargo da operadora ou da administradora de benefícios, mas o terceiro, os planos coletivos empresariais, dependem muito da empresa contratante.

Quando falamos em comunicação não significa apenas notificações sobre questões operacionais ou reajuste do plano de saúde, falamos da necessidade de manter um contato ativo, efetivo e legítimo com as pessoas.

Muitas vezes, iniciativas de gestão de saúde corporativa são vistas com desconfiança pelos colabora-

dores justamente porque a comunicação é pontual.

Um dos públicos com maior necessidade de comunicação ativa são os colaboradores que estão próximos da aposentadoria, com direito a extensão do plano de saúde. Para as empresas que lidam com este público, há sempre a preocupação com o passivo atuarial gerado pela contribuição menor ao plano na aposentadoria do que em relação aos seus gastos com saúde. Empresas de capital aberto, inclusive, podem ser obrigadas a registrar contabilmente esse passivo em seus balanços.

A comunicação com os beneficiários é, portanto, uma necessidade e construção ativa com visão de longo prazo e alinhada com a cultura organizacional.

A RELAÇÃO CORRETA COM SEU PLANO

É fundamental que o beneficiário do plano de saúde tenha consciência de suas ações e impactos para si e para a coletividade. A utilização correta e adequada do benefício saúde é fundamental para a sustentabilidade do benefício e cabe à empresa orientar seus colaboradores com

uma comunicação clara e objetiva sobre a utilização do plano de saúde. Alguns exemplos de orientações que não podem faltar aos beneficiários:

- Declaração pessoal de saúde (DPS):

Há um questionário previsto na lei 9.656 e na regulação da ANS, com informações sobre as condições de saúde auto informadas pelos beneficiários, em que é permitida a aplicação de carências ou cobertura parcial temporária para lesões pré-existentes. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão pre-existente da qual o beneficiário saiba ser portador no momento do preenchimento da DPS (quando cabível), desde que comprovada junto à ANS, poderá ocasionar a suspensão ou a exclusão do plano.

- Assinatura de guias médicas:

Antes de assinar guias médicas, confirme se os serviços citados referem-se exatamente aos procedimentos realizados. Em caso de dúvidas, peça esclarecimento ao seu médico.

- Veracidade de reembolsos:

Antes de dar entrada em pedidos de reembolso de exames e procedimentos, verifique se o que consta nos documentos reflete o que foi realizado, evitando não só a cobrança indevida como o aumento na sua coparticipação (quando existir).

- Extrato de utilização:

A conferência de seu extrato de utilização é extremamente importante para garantir que não haja a cobrança por um

serviço não realizado, bem como evitar que você seja cobrado por uma parcela da despesa caso a sua empresa adote a coparticipação.

- Um recibo por consulta:

Contratualmente, reembolsos de consulta tem um teto máximo. A divisão de recibos, ou seja, quando um único ato médico é cobrado como dois atendimentos, constitui fraude conforme previsto no Código Penal Brasileiro.

- Uso racional e cuidado consciente:

Dicas sobre o cuidado consciente da saúde do colaborador e seus dependentes é um papel secundário do empregador, pois essa responsabilidade será sempre do indivíduo. Sem programas de saúde estruturados na empresa, é difícil trabalhar a conscientização apenas com comunicação, mas ao mesmo tempo é necessário se posicionar.

Algumas empresas possuem ambulatórios que podem contribuir e reforçar para a cultura do uso consciente, mas independente de ter ou não este recurso, alguns assuntos para a comunicação do cuidado consciente seriam:

Hábitos saudáveis: 50% dos fatores que determinam a nossa saúde está relacionados ao nosso estilo de vida, portanto,

incentivar práticas de atividades físicas, alimentação saudável e sono de qualidade fazem sentido.

Médico de confiança: A maioria das pessoas não tem o hábito de manter um médico de confiança. Porém, é fundamental ter um profissional de referência e conhecedor do seu histórico clínico e que possa realizar uma melhor gestão da saúde e, quando necessário, encaminhá-lo para outras especialidades.

Utilização criteriosa do pronto-socorro: Este recurso é uma porta de entrada de despesas de alto custo e desperdício quando utilizada sem critério, como, por exemplo, para consultas sem agendamento e que não são emergenciais, ou até mesmo como forma de validar um absenteísmo por meio de atestado médico. O pronto-socorro deve ser utilizado apenas em situações de urgência e emergência.

Histórico clínico e resultado de exame: Organize e guarde seu histórico clínico e de resultados de exames. Hoje em dia as grandes redes de medicina diagnóstica e hospitais disponibilizam acesso eletrônico ao seu histórico de exames. Você pode, inclusive, disponibilizar esse acesso ao seu médico no momento da consulta, possibilitando que ele compare resultados históricos e evite, por exemplo, investigações repetidas ou desnecessárias.

Eleição dos recursos referenciados e seus procedimentos credenciados: Mais do que conhecer uma lista de nome de prestadores credenciados na sua rede médica, é importante mapeá-los segundo alguns critérios, tais como, melhor acesso em situações de urgência e emergência, credenciamento de coberturas e procedimentos para evitar transtornos desnecessários, ficar atento aos avisos sobre alterações de rede, entre outros.

- A necessidade de se comunicar com os potenciais aposentados:

Com a tendência mundial de envelhecimento da população, as empresas que descontam uma contribuição fixa dos titulares terão de lidar no futuro com a extensão do plano de saúde para demitidos e aposentados, mas principalmente os aposentados.

A Resolução Normativa 279 da ANS determina que em caso de demissão sem justa causa, o ex-empregado tem direito a 1/3 do tempo de suas contribuições, limitado ao mínimo de 6 meses e o máximo de 2 anos. Já os aposentados têm direito a 1 ano para cada 1 ano de contribuição e se ultrapassar 10 anos, ele pode permanecer vitaliciamente.

Para fazer valer esse direito, o inativo precisa assumir integralmente o pagamento do plano de saúde no mesmo custo que o empregador arca junto a operadora.

A contribuição que constitui o direito de extensão do plano de saúde para aposentados, por sua vez, só é configurada se for relativa ao valor do plano de saúde do titular. O mesmo benefício não se aplica para dependentes ou na modalidade de coparticipação. Portanto, é fundamental que o contratante deixe claro essa rubrica de desconto no recibo de pagamento do colaborador.

Para as empresas de capital aberto, no entanto, pode ser necessário reconhecer este passivo em balanço patrimonial.

Mesmo as empresas que não têm a necessidade de reconhecimento do passivo atuarial, ainda assim deveriam conhecer esse número para que possam redefinir suas políticas de contribuição do plano de saúde em longo prazo.



REFLEXÕES FINAIS E DESAFIOS



O conteúdo deste documento foi organizado para ajudar as empresas contratantes de planos de saúde na gestão mais eficiente do benefício, destacando informações essenciais a partir da perspectiva regulatória e de funcionamento do mercado. Contribui ainda para o empoderamento das empresas na busca do benefício que melhor se adequa às suas necessidades, proporcionando um produto condizente com a realidade de seus colaboradores, e que coloque a qualidade do serviço e a sustentabilidade financeira do benefício como prioridades para as organizações.

Destacamos abaixo alguns desafios futuros:

Perenidade do benefício

Se considerarmos o reajuste médio histórico dos planos de saúde ou a variação total das receitas e despesas per capita das operadoras de planos de saúde, é possível dizer que o custo do plano de saúde dobra a cada cinco anos. Portanto, a perenidade desse importante benefício é um desafio às empresas contratantes. É cada vez menos possível fazer *down grade* de benefícios, ou seja, contratar um plano mais barato, e trocar a operadora de plano de saúde também é pouco efetivo sem resolver os problemas de causa dos reajustes do benefício. É fundamental a gestão das empresas no controle da variação anual dos custos, por meio de políticas de benefícios bem alinhadas, contratação correta do plano e gestão de pessoas de forma integral.

Participar da regulação

Partindo do entendimento de que o benefício mal gerido tira competitividade do seu negócio, participar das decisões de regulação é uma frente importante de gestão. Desde o desenho mais inteligente da coparticipação até a eventual implementação de um ambulatório na empresa, é possível gerir melhor a assistência, acesso e recursos para os beneficiários, pois não há um elo mais legítimo junto ao colaborador do que a sua própria empresa patrocinadora do plano de saúde.

Exigir indicadores

Sem indicadores não é possível gerir. Não é recomendável compreender indicadores apenas sob a ótica da operadora, ainda que ela seja o elo com mais informação e expertise para a gestão populacional. Os indicadores devem ser traduzidos à luz da maior transparência, com acesso a dados (respeitadas as exigências da LGPD) e customizados e com metas claras e efetivas.

Medir e cobrar valor em cada elo da cadeia

Valor na cadeia da saúde está relacionado com qualidade dos serviços, experiência do paciente, gestão de cuidado, desfecho e compromisso com a viabilidade do plano de saúde, gerando relações de ganha-ganha. Isso começa pelo contratante cumprindo seu papel fundamental no mer-

cado de saúde complementar, cobrando das operadoras alternativas para uma gestão mais eficiente do plano, exigindo serviços qualificados por parte dos prestadores, se mobilizando de forma organizada e participando das discussões setoriais.

Pacto geracional com os colaboradores

A comunicação é uma etapa importante do processo para empresas que pretendem estabelecer um legado com o acesso a saúde.

Planos de saúde em que o dependente é impedido de ingressar ou que para seu ingresso seja exigida uma alta contribuição gera insatisfação e, no outro extremo, titulares que contribuem no custeio do plano médico, geram impactos futuros significativos quando da sua demissão ou aposentadoria em função de eventual alto custo em período mínimo obrigatório de permanência (art 30 e 31 da lei 9.656) ou até mesmo o reconhecimento de passivos atuariais.

É preciso comunicar claramente e estabelecer regras que vão ao encontro da capacidade de custeio da empresa a longo prazo.

Pré-pagamento não é garantia de proteção

A mecânica do contrato de plano de saúde é de busca do equilíbrio com base no limite técnico estabelecido em contrato. Um preço muito vantajoso na troca de uma operadora voltará com alto índice de reajuste. Sinis-

tralidade muito alta por tempo prolongado, culminará em mais reajuste. Comece a negociar seu índice muito antes da comunicação da operadora.

Conhecer a inflação médica e fazer dela um norte para gestão

A VCMH da empresa não tem como prioridade questionar a operadora quanto a cláusula contratual do reajuste, mas sim como ferramenta de gestão dos gatilhos do aumento dos custos.

Aproveitar o tamanho do seu contrato coletivo

Se você tem massa crítica suficiente (número de vidas), negocie bem o seu limite técnico. Quanto maior o contrato, maior a chance do limite técnico acima de 70%. Mesmo que ele aumente, por exemplo, apenas para 75%, é uma condição vantajosa para a negociação do reajuste.

Repensar a forma de contratar o risco

Quando as condições mínimas estão presentes para uma transição e sua empresa tem tamanho suficiente para diluir seu próprio risco, é hora de analisar a opção do pós pagamento. Lembre-se que quanto maior o contrato, mais importante o carregamento sobre a despesa assistencial. Quanto menor o carregamento ou a obrigação de repor a margem da operadora em pré-pagamento, maior a economia.

Pactuar com os colaboradores as formas de copatrocínio do plano de saúde

Seja pela coparticipação, franquia ou contribuição (todos trazem vantagens e desvantagens), pactuar não tem a ver com dar exagerado peso de decisão sobre o plano de saúde para o colaborador, mas sim esclarecer as razões e as opções de forma transparente.

Acompanhar a demanda

Se a demanda é estável e adequada, a previsibilidade aumenta. Relatórios gerenciais são importantes, mas insuficientes para saber a evolução de vidas ou a sinistralidade mês a mês. É importante utilizar os dados com inteligência. É necessário ter um contraponto aos indicadores apresentados ou utilizar esses dados para a gestão da população, respeitada a atual exigência de proteção de dados através do marco legal da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Esse é um processo rigoroso, mas totalmente possível de serem trabalhados com responsabilidade e mantendo o sigilo das informações pessoais.

Protagonismo

Um conceito equivocadamente das empresas na gestão do plano de saúde é imaginar que se trata de um problema apenas das operadoras e corretoras. A empresa contratante deveria ser a mais interessada numa gestão qualificada do benefício e quanto mais capacitada e entendedora dos fundamentos da gestão do plano de saúde, mais poderá protagonizar sua gestão, cobrando responsabilidade e a entrega dos serviços prometidos em todos os elos da cadeia de saúde, priorizando os seus interesses antes de tudo.

Independente do porte, as empresas têm um papel fundamental e indelegável no sentido de elevar a régua de eficiência do setor de saúde suplementar como um todo, a partir da adoção das boas práticas de gestão cabíveis a sua realidade.

SUMÁRIO EXECUTIVO

QUADRO-RESUMO DO GUIA PRÁTICO PARA CONTRATAÇÃO E GESTÃO DE PLANOS COLETIVOS EMPRESARIAIS

ASSUNTO	OBJETIVOS	RECOMENDAÇÕES	PÁGINA
Essência da empresa	Alinhar os objetivos da empresa com o modelo de gestão do plano de saúde.	Qual o objetivo da empresa em relação ao benefício saúde: obrigação sindical, gestão de custo, benefício a ser mantido, fator de retenção de talentos ou benefício estratégico.	44
Diagnóstico	Alinhar as expectativas relacionadas a custos e frequência de utilização do benefício pelos colaboradores, alinhar as regras do benefício à cultura organizacional.	Endereçar as seguintes frentes de gestão na elaboração do diagnóstico: pessoas, acesso, modelo de risco e política de benefício.	48
Modelo de contratação de risco	Buscar tecnicamente o modelo de menor <i>spread</i> sobre a despesa médica, troca de operadora ou maturidade na gestão do benefício.	Levar em conta a capacidade de diluir risco (número de beneficiários), o atual <i>spread</i> sobre a despesa assistencial e a capacidade de caixa para absorver o desvio padrão das despesas.	50
Coparticipação	Racionalizar a utilização médica, evitando desperdícios de recursos, diminuir o absenteísmo, ajudar no custeio do plano de saúde e colocar o colaborador como fiscal de sua própria utilização através dos extratos de coparticipação.	Aplicar a coparticipação sobre eventos de baixa complexidade e alta frequência, definir teto de desconto, não aplicar a coperticipação sobre eventos/programas preventivos e relacionados ao tratamento de doenças crônicas e adotar critérios inteligentes.	53

Gestão de Saúde Populacional (GSP)

Melhorar a qualidade de vida e a produtividade de colaboradores, diminuir custos evitáveis com doenças crônicas e agravos à saúde e atestados/afastamentos, contribuir para tornar o plano de saúde um benefício sustentável e perene para a empresa.

Estabelecer as fontes de dados das análises populacionais, avaliar metodologia clínica e estatística, segmentar a população em grupos de perfil de uso e risco e alinhar expectativas quanto ao potencial das iniciativas de GSP.

53

Remuneração: é direito do contratante saber qual é a remuneração (agenciamentos e comissionamento) do seu corretor de planos de saúde, não havendo qualquer regulação ou motivo que torne isso um tema sigiloso para o contratante.

Conhecer a remuneração do corretor de planos de saúde é fundamental para o processo de alinhamento e definição do escopo de serviços a serem prestados como contrapartida, bem como posterior avaliação de valor na prestação de serviços.

86

Relacionamento com corretoras de planos de saúde

Acordo de Nível de Serviço: frequentemente, a única formalidade entre um corretor e a empresa contratante é uma carta de nomeação de corretor entregue à operadora. Como as comissões são pagas diretamente pela operadora, muitas vezes fica a impressão de que este serviço não é cobrado ou que é menos relevante. Ao contrário, é um serviço importante e que, bem pactuado, pode gerar valor para o contratante.

Pactuar o escopo de serviços de acordo com a remuneração recebida pelo corretor, podendo incluir serviços operacionais, de pós venda, de consultoria técnica e de gestão de saúde. Formalizar um acordo de nível de serviços com previsão de metas, prazos e indicadores.

87

Barreiras de Saída: é uma prática recorrente das operadoras garantir a permanência/remuneração do corretor durante toda a vigência do contrato, podendo o mesmo ser alterado apenas 30 dias antes do aniversário do contrato, criando assim, uma barreira de saída para a eventual alteração de corretor.

Eliminar barreiras de saída assinando um documento com o corretor, no ato de sua nomeação, onde o mesmo concorda com a transferência da corretagem a qualquer momento que venha a ser solicitado pelo contratante, respeitado o prazo de rescisão pactuado entre as partes.

86

**Pontos críticos
na compra
de um plano
de saúde**

Barreiras de Entrada: características da população, bem como particularidades referentes às políticas de benefícios que podem vir a restringir as alternativas de contratação de planos de saúde, entre as quais: a não entrada compulsória, a idade média elevada da população, a prática de contribuições fixas elevadas, uma alta sinistralidade, entre outros.

Procurar estar alinhado com as práticas de mercado de forma a não limitar a oferta de operadoras e/ou agravar o preço no ato da troca de operadora.

87

Barreiras de Saída: características diversas que dificultam a transição de operadoras, entre as quais a multa por rescisão unilateral, a pouca oferta de planos fora dos grandes centros e o prazo mínimo de vigência do contrato.

Observar se operadoras com produtos nacionais tem oferta de planos na sua região. Quanto aos contratos, existem condições que são imutáveis em função da condições regulatórias, mas outras podem ser negociadas previamente, entre as quais a vigência e a multa por rescisão unilateral.

88

Oferta: ainda que existam mais de 14 mil planos de saúde com comercialização ativa, na prática a oferta se distingue por detalhes menores, tais como, a área de abrangência, a aplicação de coparticipação, a acomodação, rede credenciada e a proporção de recursos próprios ou referenciados na rede credenciada.

Independente da quantidade de planos ofertados, procure avaliar quais são aqueles que efetivamente se enquadram às características específicas da sua empresa, principalmente em relação a área de abrangência (cobertura nacional vs. regional) é importante destacar que médias e grandes empresas podem solicitar, a partir de sua operadora, o registro de produtos customizados na ANS.

78

Demanda: muitas vezes está relacionada a características inerentes à empresa ou condições impostas por acordo sindical. Em qualquer cenário, o número de beneficiários afeta a demanda da empresa pelo benefício.

É importante que as empresas menores compreendam e procurem negociar a forma pelo qual o seu reajuste será medido, por exemplo, o ingresso em contratos com agrupamentos de risco.

78

Custo: o conselho importante, principalmente na troca de operadora, é que uma sinistralidade ruim não muda necessariamente com a troca para uma operadora com preço menor, uma vez que a demanda da população por saúde é a mesma, não importando a operadora. A forma de regulação e a estrutura da rede própria pode fazer uma grande diferença, mas quanto maior o desconto na mudança, menos provável o sucesso a longo prazo.

Ainda que não seja uma tarefa fácil, seria importante buscar conhecer todas as evidências de custo e demanda per capita que justifiquem o preço apresentado, de forma a se ter consciência de sua viabilidade.

79

Dimensionamento da Rede Credenciada:

ao decidir pela troca de operadora é comum o gestor observar uma relação de hospitais e serviços de medicina diagnóstica, considerando apenas o custo total dispendido que impactou a sinistralidade. Eventualmente, uma rede menor, que minimamente contemple por exemplo, serviços qualificados, bem distribuídos, e que considere os principais prestadores pelo critério da demanda, pode ser mais efetiva e com melhor custo de plano de saúde.

Considerar o histórico da frequência de utilização do plano de saúde pelos beneficiários ao analisar o eventual redimensionamento da rede credenciada na atual operadora ou nas demais em avaliação.

89

Contratos: bons contratos são os que não dificultam uma eventual rescisão. Porém, quanto maior a exigência de garantias como, por exemplo, cláusulas de multas por rescisão unilateral da contratante em justa causa. O mais importante é negociar antes da assinatura.

Avaliar e procurar negociar, anteriormente a assinatura do contrato, a redução de eventuais barreiras de saída.

80

Mutualismo: quanto maior a população assistida, mais fácil manter o preço médio e a capacidade de diluir altos custos isolados.

Evitar contratar mais de uma operadora, a não ser que seja estritamente necessário, como por exemplo, por questões de autonomia de unidade de negócio e/ou particularidades regionais.

81

Pontos críticos na compra de um plano de saúde

Agrupamento de Contratos: conforme previsto na RN 309 o agrupamento de contrato tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, de até 29 vidas, do risco inerente à operação de cada um deles, para fins de apuração e aplicação de reajuste unificado. É possível encontrar ainda oferta de plano empresarial que estabelece agrupamentos distintos à critério da operadora e em conformidade com a RN 309.

É recomendável procurar saber previamente o histórico de reajuste do referido agrupamento de contratos.

82

Modelos de Remuneração da Rede

Credenciada: o modelo prioritariamente adotado por prestadores de serviços médico-hospitalares junto às operadoras de planos de saúde, é o *fee for service*, onde o pagamento ocorre de acordo com a quantidade de procedimentos e recursos utilizados.

Visando maior previsibilidade de seus custos, questionar a sua atual operadora ou aquelas em análise, sobre qual o percentual de sua despesa médica paga à rede credenciada são de modelos de remuneração distintos do *fee for service*.

85

Indicadores a gerir

Avaliar as características populacionais e epidemiológicas dos beneficiários

Podem ser geridas através de programas de saúde e buscar entender quais as portas de acesso ao sistema pela população assistida, por exemplo, utilização de pronto-socorro, reembolso, etc.

57

VCMH (Brasil): a variação de custos médico-hospitalares é o indicador mais próximo de uma “inflação médica” e deve ser medido per capita. Apresenta-se como importante subsídio de gestão e *benchmark*. Saiba mais: <https://arquitetosdasaude.com.br/apresentacoes/vcmh-do-brasil/>

Comparar a série histórica do VCMH de sua atual operadora e/ou daquelas em análise com os *benchmarks* de mercado.

59

VCMH (empresa): empresas que calculam seu próprio índice podem tê-lo como subsídio na negociação, principalmente, como instrumento de melhor gestão do próprio plano, a partir de um olhar mais assertivo sobre custo e demanda.

Empresas de médio/grande porte podem calcular a sua própria VCMH.

58

Sinistralidade: trata-se do principal gatilho para cálculo do reajuste, porém, é importante entender que ela é efeito e não causa. A gestão deste indicador passa por entender se a alta sinistralidade é sistêmica ou se acontece em casos isolados.

Se a avaliação aponta para insuficiência de preço, as alternativas passam por *downgrade* ou ajuste do preço à demanda. Por outro lado, se a alta sinistralidade é ocasionada por casos isolados, é preciso estruturar a estratégia do quanto a operadora poderá absorver deste custo. Quanto mais raro o caso, mais inadequado seria contaminar o preço em função de um pico que tende a não se repetir facilmente.

60

Indicadores a gerir

Reajuste Empresarial: ocorre em função de índices compostos, representando a VCMH (média da carteira da operadora) sobre o reajuste técnico (sinistralidade do contrato).

Se a avaliação aponta para insuficiência de preço, as alternativas passam por *downgrade* ou ajuste do preço à demanda. Por outro lado, se a alta sinistralidade é ocasionada por casos isolados, é preciso estruturar a estratégia do quanto a operadora poderá absorver deste custo. Quanto mais raro o caso, mais inadequado seria contaminar o preço em função de um pico que tende a não se repetir facilmente. Independente do reajuste contratual apresentado pela operadora, o indicador mais importante é o equilíbrio técnico real do contratante. Além de calcular a sua própria VCMH (como já recomendado para contratantes de grande porte), todas as empresas podem verificar a média de reajuste praticado pelas operadoras no Portal da ANS (Painel de Reajuste de Planos Coletivos). Saiba mais: <https://www.gov.br/ans>

62

Indicadores
a gerir

IDSS: o índice de desempenho de saúde suplementar, composto por um conjunto de indicadores agrupados em quatro dimensões, permite a comparação entre operadoras.

Consultar a série histórica do IDSS da sua atual operadora ou daquelas que está avaliando.

66

Promoprev: programas que objetivam a promoção da saúde, a prevenção de riscos, bem como agravos e doenças, o aumento da qualidade de vida, a compressão da morbidade e a redução dos anos perdidos por incapacidade dos indivíduos e populações.

Consultar se a sua atual operadora ou aquelas que está avaliando têm programas cadastrados no Promoprev da ANS. Acesse: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/promoprev>

69

Acreditação Hospitalar: método de avaliação e certificação que busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, promover a qualidade e a segurança da assistência no setor de saúde.

Consultar se a sua atual operadora ou aquelas que está avaliando possuem serviços médico-hospitalares credenciados acreditados por programas de qualidade.

72

Acreditação de Operadoras: uma certificação de boas práticas para gestão organizacional e gestão em saúde, cujo objetivo é a qualificação dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde, propiciando uma melhor experiência para o beneficiário.

Consultar se a sua atual operadora ou aquelas que está avaliando são acreditadas pelo Programa de Acreditação de Operadoras da ANS. Acesse: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras-l>

74

Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária: programa de adesão voluntária desenvolvido pela ANS, propõe uma mudança no atual modelo de atenção na saúde suplementar, com base na coordenação do cuidado e da atenção primária como porta de entrada prioritária do sistema.

Consultar se a sua atual operadora ou aquelas que está avaliando possuem Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária. Acesse: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/programa-de-certificacao-de-boas-praticas-em-atencao-a-saude-l>

75

Indicadores a gerir**Outras Informações e Avaliações de**

Operadoras: uma série de outras informações e avaliações sobre as operadoras de planos de saúde estão disponíveis no Portal da ANS, entre as quais: monitoramento da garantia de atendimento, índice de reclamações, operadoras em regime especial de liquidação ou falência e taxas de parto cesáreos por operadora entre outros.

Consultar informações e avaliações adicionais sobre a sua atual operadora ou aquela(s) que está avaliando. Acesse: <https://www.gov.br/ans>

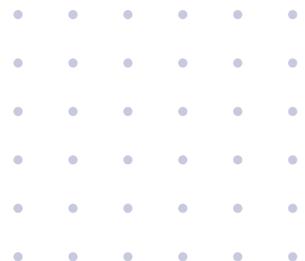
76

Plano de comunicação

Manter um canal de comunicação com os beneficiários do plano de saúde, sobretudo os titulares, é uma questão importante. Isto não significa apenas compartilhar notificações sobre questões operacionais ou sobre reajuste do plano de saúde.

Manter um contato ativo, efetivo e legítimo com os beneficiários, inclusive os inativos, com visão de longo prazo alinhada com a cultura organizacional, contribuindo para a correta compreensão sobre os desafios, limitações e iniciativas inerentes ao plano de saúde, bem como sobre a importância do seu uso racional e do cuidado consciente.

92





www.anahp.com.br

