

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E  
ATUARIAIS**

**PABLO VINÍCIUS D'OLIVEIRA MENEZES**

**O impacto da portabilidade no mercado segurador de  
saúde suplementar**

RECIFE

2014

PABLO VINÍCIUS D'OLIVEIRA MENEZES

## **O impacto da portabilidade no mercado segurador de saúde suplementar**

Monografia apresentada ao Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da UFPE por Pablo Vinícius D'oliveira Menezes, como requisito parcial para obtenção do título de bacharelado em Ciências Atuariais, sob orientação do Prof. Dr. Maurício Assuero Lima de Freitas.

RECIFE

2014

PABLO VINÍCIUS D'OLIVEIRA MENEZES

**O impacto da portabilidade no mercado segurador de saúde  
suplementar**

Monografia apresentada ao Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais pela Universidade Federal de Pernambuco, sob a Orientação do Prof. Dr. Maurício Assuero Lima de Freitas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Atuariais.

Aprovado em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. (o) Dr. Maurício Assuero Lima de Freitas - Orientador

---

Prof. Dr. Filipe Souza - Examinador

---

Profa. Dra. Alessandra Cezário – Examinadora.

## **AGRADECIMENTOS.**

Agradeço primeiramente a Deus.

Aos professores do Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais, em especial ao meu professor e orientador Maurício Assuero pelo apoio e incentivo.

Aos meus amigos e familiares, em especial para meu pai Daniel e minha mãe Eliete por ter me dado condições de realizar esse sonho.

## **RESUMO**

Por medida regulamentar da Agência Nacional de Saúde Suplementar foi instituída a portabilidade no mercado segurador de saúde privado a partir de 2011. Este fato tende a afetar diretamente as reservas matemáticas e técnicas das operadoras de plano de saúde, sendo o grau de impacto dependente no nível de sinistralidade do usuário que migra. O presente estudo tem por objetivo discutir alguns aspectos da portabilidade no plano de origem e de destino à luz da Resolução Normativa Nº 252, de 28 de abril de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A metodologia utilizada se baseou numa estratificação hipotética de um plano com 100 usuários, donde se extraiu um indivíduo com alta (baixa) sinistralidade optante pela portabilidade e apurando-se, na sequência, a variação nas reservas pelo método retrospectivo. Para tal foi utilizada a tábua de mortalidade AT42 e a partir desta, para fins de aplicabilidade no estudo, criou-se uma segunda tábua para calcular a renda temporária antecipada. Segundo algumas premissas atuariais avaliou-se o comportamento das reservas.

## **PALAVRAS CHAVES**

Portabilidade; Saúde Suplementar; Reserva Matemática

## **ABSTRACT**

Regulatory measure by the National Health Agency was established portability in private health insurance market from 2011. This fact tends to directly affect the mathematical reserves and techniques of managed health care plan, the degree being dependent on the level of claims that migrates user impact. This study aims to discuss some aspects of portability in the source and target in the light of Normative Resolution № 252 of April 28, 2011, the National Health Agency (ANS) plan. The methodology was based on a hypothetical stratification of a plane with 100 users, from which we extracted an individual with high (low) accident opting for portability and investigating - in sequence, the change in reserves by the retrospective method. To this the mortality AT42 was used and from this, for the purpose of applicability in the study, we created a second table to calculate the anticipated temporary income. According to some actuarial assumptions evaluated the behavior of reserves.

## **KEYWORDS**

Portability; Health Supplements; Book Mathematics

# SUMÁRIO

	Página
AGRADECIMENTOS	(iv)
RESUMO	(v)
ABSTRACT	(vi)
1 – INTRODUÇÃO	1
2 – JUSTIFICATIVA	4
2.1 – Objetivo Geral	6
2.2 – Objetivos específicos	6
3 – MERCADO SEGURADOR DE SAÚDE: DIMENSÃO E LEGISLAÇÃO	7
3.1 – Principais mudanças	7
3.1.1 – Doenças preexistentes ou congênitas	7
3.1.2 – AIDS	8
3.1.3 – Faixa etária	9
3.2 – Direitos	10
3.3 – Alguns tipos de planos	10
3.3.1 – Plano referência	10
3.3.2 – Plano odontológico	10
3.3.3 – Combinação de planos	11
3.4 – Portabilidade	11
3.4.1 – Principais aspectos da Resolução Normativa Nº 252 da ANS	12
3.4.2 – Portabilidade e o beneficiário	13
3.4.3 – Portabilidade e as operadoras	13
4 – ATUAL SITUAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR	14
4.1 – Beneficiários	14
4.2 – Operadoras	16
4.3 – Taxa de sinistralidade	16

5 – RESERVA MATEMÁTICA	18
6 – IMPACTO NA RESERVA MATEMÁTICA	19
6.1 – Metodologia de cálculo	19
6.2 – Análise dos resultados.	20
6.3 – Mensuração do impacto nas reservas	20
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	26



## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com o art. 196 da Constituição Federal Brasileira, “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A consecução desses objetivos se faz através de um Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentado através das Leis Nº 8080/90 e Nº 8142/90, mas o artigo 199 da Carta Magna admite a participação da iniciativa privada no sistema de saúde como uma atividade complementar.

O SUS tem sua base de financiamento calcada na seguridade social, que se compõe da arrecadação sobre faturamento das empresas (Programa de Integração Social – PIS, Contribuição para fins sociais – COFINS), dos empregados, dos lucros (Contribuição Social sobre Lucro Líquido – CSLL) e dos prognósticos (arrecadação sobre sorteio). No caso, da iniciativa privada, a fonte de financiamento vem diretamente das empresas de seguros saúde (convênios) ou dos particulares.

O sistema de saúde complementar se justifica por inúmeras razões, dentre as quais destacam-se: a) a dificuldade de se obter serviços públicos de saúde para todos (ou seja, a questão da universalidade prevista na lei); b) a qualidade de atendimento prestado pelo setor público para população; c) o sistema de saúde privado é um aglomerado econômico que envolve setores específicos como a indústria de fármacos e de equipamentos e que emprega mão de obra altamente qualificada. O setor de saúde suplementar tem como marcos a Lei Nº 9656/98, que regulamenta o setor, e a Lei Nº 9961/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), na qual, atua em todo território nacional como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que vão garantir a assistência suplementar à saúde.

Antes do surgimento dessas Leis, o mercado de saúde suplementar atuava sem regulação e fiscalização específica. Com isso, as empresas podiam entrar e sair desse mercado sem custo algum e, portanto, não tinham uma conduta correta em relação às garantias contratuais com os clientes, principalmente com contratos individuais e prestadores. Sem as devidas garantias, as variações em torno da cobertura assistencial, aumentos unilaterais de preços nos planos privados ou cancelamento unilateral de contrato, levava o consumidor a um ambiente desfavorável e neste sentido, a promulgação do Código de Defesa do Consumidor (Lei Nº 8078/90), serviu como instrumento de mediação entre usuários e convênios. A regulamentação do setor, com o intuito de proteger o cidadão na sua integridade, analisar a solvência das operadoras e na qualidade nos serviços prestados e, portanto era necessária a regulação e fiscalização, veio a partir dos anos 1990.

Com a regulação, impõe-se a garantia nas prestações de serviços, entretanto, o reflexo desta pode surgir como aumento dos custos ou como redução na capacidade de atendimento do mercado (pode haver, por exemplo, cancelamento de contratos entre as empresas de planos de saúde e os prestadores). Deduz-se que, quando a ANS propõe normas com referência ao gerenciamento com resultados eficazes, os benefícios decorrentes visam o usuário e, quase sempre, podem ser entendidos, erroneamente,

como externalidades negativas para as empresas de plano de saúde. Exemplo recente pode ser visto na decisão da ANS de incluir, a partir de janeiro de 2014, 87 novos procedimentos operacionais. Desenha-se um cenário de aumento de custos, no entanto, as empresas seguradoras não estimaram a economia que terão a tratarem doenças previamente diagnosticadas. Tem-se um cenário de conflito, no curto prazo, porque as empresas terão que cumprir metas financeiras, administrativas ou atuariais, em consonância as diretrizes traçadas pela ANS que tem objetivos bem diversos das operadoras.

Quando o consumidor escolhe um plano de saúde, ele visa a cobertura assistencial, os preços e os prazos de carência oferecidos. A relação que existe no ato da contratação se ampara no manto da assimetria da informação (LIMA, 2006), na qual, exames são utilizados para minimizar esse risco, dado que o preponente deve relatar suas características, seus hábitos e informar sobre o conhecimento de doença preexistente, etc. Observe-se que, no momento da contratação, momento no qual as informações estão sendo prestados, alguns fatores relevantes podem ser, propositadamente, omitidos. De modo igual, o contratante também não tem informações completas sobre o desempenho da operadora (qualidade, saúde financeira, etc.). Instala-se, então a informação assimétrica e o risco da seleção adversa. A determinação do preço (prêmio a ser pago) se faz por faixa etária, ou seja, tem-se uma análise de risco de grupo e não pelo nível de risco individual.

A não permissividade de mudança de plano de saúde se constituía, também, como uma reserva de mercado. A operadora era dona absoluta do contrato e caso o usuário não estivesse satisfeito com os serviços prestados ele deveria contratar outra operadoras e cumprir, nesta, todas as carências exigidas. Através da Resolução Normativa da ANS, Nº 252, de 28 de abril de 2011, institui-se a portabilidade, isto é, a mudança de plano sem a necessidade de cumprir novas carências no plano de destino. Cabe salientar, que este mecanismo deve observar algumas exigências como: ser permitido apenas para planos contratados após 01 de janeiro de 1999 ou que estejam adaptados à Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998; haver compatibilidade entre o plano de origem e o de destino; ser solicitada entre o primeiro dia do mês de aniversário do plano e o último dia do mês subsequente, dentre outros.

A portabilidade altera as condições de mercado, no entanto, seus efeitos não foram, aparentemente, devidamente estudados. Por exemplo, quando uma operadora se torna insolvente, seus beneficiários migram, por autorização da ANS para outras operadoras. Todavia, está se falando de pessoas que ao longo de determinado período de tempo, contribuíram mensalmente e formaram, conforme Freitas (2002), uma poupança no plano de origem. Ao migrar, levarão para o plano de destino, provavelmente, sinistros, visto que na Resolução Normativa Nº 252 da ANS, não prevê qualquer remuneração entre planos. Obviamente, a migração afeta o plano de destino de uma forma diferenciada em relação ao plano de origem, com impacto, inclusive para as reservas técnica e matemática. O rigor da lei não trata especificamente sobre esse fato.

Visando compreender e abrir discussão sobre o assunto, este trabalho vai discorrer sobre a portabilidade no mercado de seguro saúde e analisar o impacto sobre as reservas dos planos de origem e destino, a partir de um experimento hipotético:

considerar um plano com 100 participantes, estratificados por faixa etária e verificar como as reservas se comportam.

O trabalho está dividido em 4 capítulos, além da introdução. No capítulo segundo faz-se a justificativa do trabalho. No capítulo terceiro será mostrada a legislação e a dimensão do mercado segurador de saúde do Brasil, e uma introdução e análise sobre a portabilidade. No capítulo quarto será apresentado a atual situação do setor de saúde suplementar através de dados. No capítulo quinto sobre mostrada uma breve introdução sobre reserva matemática. No capítulo sexto será observado o impacto da portabilidade sobre as reservas matemáticas dos planos.

## 2. JUSTIFICATIVA

A ANS é uma autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde criada a Lei Nº 9.961/00 com a finalidade de regular o setor de planos privados de assistência à saúde. Dentre as suas atribuições, destacam-se a responsabilidade pela normatização do setor, pelo controle e fiscalização das atividades das empresas que comercializam planos de saúde, com o fito de garantir a qualidade da assistência prestada aos beneficiários e a sustentabilidade do setor de saúde suplementar.

O primeiro grande desafio de ANS foi normatizar um setor que se desenvolveu por cerca de 40 anos com muito pouca intervenção do Estado. Apenas as seguradoras eram reguladas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP). Nesse cenário, o mercado cresceu e tornou-se competitivo, entretanto, sem regras que garantissem os direitos dos beneficiários. A década de 1990 teve, portanto, dois marcos fundamentais para o setor: a Lei Nº 8078/90 (Código de Defesa do Consumidor) e Lei Nº 9.656/98 que regulamentou o mercador segurador de saúde.

A ação fiscalizadora da ANS é direcionada para uma perspectiva de aproximação progressiva com os beneficiários, com as operadoras e com a sociedade civil organizada. Objetiva propiciar um ambiente público regulatório equilibrado, promovendo uma regulação mais indutiva do que punitiva. Sempre estiveram em pauta as discussões de questões fundamentais como a forma de entrada, permanência e saída das empresas e o acompanhamento de seu desempenho econômico-financeiro. A agência tem o poder de intervir, quando notar que a empresa está sem condições de operação no mercado, seja em função do patrimônio líquido negativo, incapacidade de pagamento, endividamento excessivo, em risco de insolvência, dentre outros. Também tem a de orientar as operadoras que estão em situação de dificuldade para os processos de recuperação.

O beneficiário não revela por completo seu estado de saúde, os médicos não revelam o verdadeiro estado do paciente a eles e nem as operadoras revelam, de modo integral, suas estratégias de gerenciamento de custos e detalhes de regulação, além de não divulgarem todas as condições da oferta dos serviços ou de sua cobertura (CECHIM, 2008, p. 34). Essa falta de informação completa afeta a classificação de risco e na ausência de dados consistentes em relação às características do segurado ou beneficiário, pode levar uma pessoa que possui hábitos saudáveis, com uma taxa de utilização de serviços ou internações baixa, pagar um prêmio de valor idêntico a um usuário de alta sinistralidade.

Cabe lembrar que ao se abordar assimetria de informação não se deve esquecer a seleção adversa e o risco moral. A seleção adversa se refere à utilização nos serviços médicos oferecidos, com a atração de pessoas com uma alta taxa de utilização ou de sinistralidade. O que ocorre é a impossibilidade de discriminação dos indivíduos segundo seu grau de risco e do fato que a característica do segurado afeta diretamente os custos da operadora. Da falha do mercado advém o fenômeno da seleção adversa, ou seja, o indivíduo somente irá adquirir o seguro, se o custo for inferior ao que ele espera gastar com saúde, e as operadoras aceitam vender o seguro a um preço superior ao gasto esperado pelo indivíduo saudável, mas ela não possui todas as informações sobre a

pessoa. Ao constatar isso, as operadoras calculam o aumento de preços segundo o custo médio dos indivíduos. Ao receber novos interessados, que também só assinarão o contrato se seus gastos com saúde estiverem em patamar superior, à operadora calcula novo aumento para se adequar a esses (FONSECA, 2004, p. 35).

O risco moral, ou *moral hazard*, ocorre quando os beneficiários ou médicos mudam os seus comportamentos, com isso, alterando as probabilidades de ocorrência de doenças ou na utilização dos serviços oferecidos pelo plano. O *moral hazard*, está diretamente ligado à divisão de riscos entre os segurados, ou seja, o usuário de planos de saúde sobreutiliza os serviços oferecidos, utilizando-os mais do que se estivesse pagando por eles ou até mesmo os prestadores de serviços – por exemplo, os médicos – podem induzir os pacientes a utilizarem mais os serviços, a chamada demanda induzida pela oferta, ou *supplier-induced demand*, como forma de ou serem melhor remunerados ou aumentarem as chances de um diagnóstico perfeito (CECHIM, 2008, p.37).

Por outro lado, a tecnologia que favorece o diagnóstico rápido de doenças e, por conseguinte o tratamento mais adequado de forma imediata causa inúmeras distorções na precificação dos serviços médicos. Freitas (2009, p. 68) relata o caso de uma embolização percutânea que mediante uma cirurgia de crânio aberto custo cerca de R\$ 8 mil, enquanto que com tecnologia recente usando molas de titânio e que permite que o paciente receba alta em 8 horas, esse tipo de procedimento custa R\$ 78 mil se o plano de saúde entregar o material no hospital ou R\$ 163 mil se o hospital fornecer o material. Diz o autor:

“O DATASUS registra 125.187 casos de internações em 2007 no Brasil, por acidente vascular cerebral. Considere agora uma empresa de seguro saúde cobrindo despesas de 10 atendimentos por ano, ou seja, muito menos de 1% do total da quantidade atendida pelo SUS. Isso significa um custo médio da ordem de R\$ 1,21 milhões por ano. O mercado segurador não consegue suportar este custo [...]” (FREITAS, 2009, P. 69).

Como decorrência dessa evolução tecnológica, a ANS autorizou através da Resolução Normativa Nº 338, que os planos de saúde individuais e coletivos serão obrigados a oferecer 87 novos procedimentos a partir de janeiro de 2014. São 37 medicamentos orais para o tratamento de câncer e 50 exames, consultas e cirurgias. A medida é um resultado de consulta pública realizada pela ANS e vai beneficiar 49,2 milhões de consumidores com planos de saúde assistência médica e outros 19,1 milhões consumidores de planos exclusivamente odontológicos segundo a ANS.

Dentre os procedimentos, a principal novidade é a inclusão de tratamento para o câncer em casa, com medicamentos via oral. O que promove maior conforto ao paciente e reduz os casos de internação para em clínicas ou hospitais. Em contrapartida, a operadora, mesmo com a redução de internações, os novos procedimentos são de tecnologia avançada e o custo pra eles são elevados. Portanto, haverá um impacto relacionado aos novos exames, mas esses exames previnem de doenças, com isso, evita

quadros mais complexos e a necessidade de internação ou cirurgias ou tratamentos mais caros e invasivos.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) determinou que 9 operadoras de planos de saúde no período de dezembro de 2013 a março de 2014, terão as suas atividades encerradas por causa de graves problemas econômico-financeiro e administrativos. Os usuários desses convênios têm até 60 dias para solicitar a portabilidade especial de carências para outras operadoras. A portabilidade vai possibilitar ao usuário mudar para um convênio compatível com o anterior, por exemplo, o preço do novo plano deve ser igual ou menor que o antigo. São permitidas as trocas nos seguintes casos: quando a operadora tem o registro cancelado pela ANS, está em processo de falência ou por causa da morte do titular do plano.

## 2.1 Objetivo Geral

Avaliar o impacto sobre as reservas matemática e técnica das operadoras de seguro saúde, ou de planos de saúde, como uma decorrência da portabilidade regulamentada pela Resolução Normativa Nº 252, de 28 de abril de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

## 2.2 Objetivos específicos

- Verificar se a regulamentação no setor é entendida como externalidade negativa para as operadoras;
- Elencar as principais condições para portabilidade;
- Identificar o fluxo de usuário entre operadoras;

### **3. MERCADO SEGURADOR DE SAÚDE: DIMENSÃO E LEGISLAÇÃO**

Este capítulo fará uma abordagem sobre a regulamentação nos planos e seguros de saúde através da Lei Nº 9.596/98. Serão mostradas as principais mudanças, os seus direitos e alguns tipos de planos. Também será mostrada a Resolução Normativa Nº 252 da ANS, analisando os seus principais aspectos, o conceito sobre a portabilidade e as principais características na visão do beneficiário e da operadora.

Os planos e seguros privados de saúde têm a regulamentação através da Lei Nº 9.596/98, que disciplina os serviços de medicina suplementar em todo o país, na qual, são utilizados por mais de 40 milhões de brasileiros de acordo com a ANS. Até a vigência dessa lei, o mercado atuava sem regras claras que definissem direito e deveres de empresas e dos consumidores. Com o advento da lei, as empresas passaram a ser co-responsáveis pelos serviços de saúde.

A regulamentação é rígida em algumas questões dentre as quais a proibição para restrição de usuários portadores de qualquer doença ou lesão. Cada tipo de plano deverá ter uma lista de procedimentos que deverá cobrir e os reajustes dos preços oferecidos terão de se enquadrar nos limites fixados pela lei.

As empresas de assistência à saúde, independentemente do regime de constituição (administradora, autogestão, cooperativas, médica e odontológica, filantropia, seguradora especializada na área, medicina de grupo e odontologia de grupo), não entram em regime falimentar, mas em processo de administração especial, comumente relacionado com intervenção extrajudicial. Quando uma operadora apresenta problemas financeiros e/ou administrativos, a ANS intervém na empresa colocando-a sob direção fiscal, um regime preventivo em que um representante nomeado pela agência reguladora, levanta a atual situação em que a operadora se encontra.

Durante esse período, a ANS verifica a capacidade financeira da empresa, para avaliar se poderão quitar os seus débitos. No caso da empresa não conseguir solucionar os problemas no prazo máximo de 90 dias, a ANS providencia a transferência da carteira de beneficiários para outra operadora, garantindo as mesmas coberturas que possuíam, e logo após a ANS pode optar pela liquidação extrajudicial da operadora.

#### **3.1 Principais mudanças**

##### **3.1.1 Doenças preexistentes ou congênitas**

Antes da lei, qualquer doença poderia ser a qualquer momento, considerada preexistente ou congênita. A operadora poderia negar o procedimento adequado, sem fornecer explicações claras. A Resolução Normativa Nº 162 da ANS deu outra interpretação a partir de um outro conceito sobre a Doença ou Lesão Preexistentes (DLP), a saber:

Art. 2º. (...)

.....  
I – Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei Nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução;

Note que o reconhecimento de algumas doenças pré-existente não é uma tarefa elementar. Há casos nos quais a doença só se manifesta tardiamente e que não foi, em qualquer tempo, diagnosticada corretamente. O debate sobre este assunto passou a ser feito nos tribunais, tendo a operadora ser obrigada a apresentar a prova. Por força de lei, as empresas são obrigadas a tratar doenças preexistentes ou congênitas. Na ocasião da contratação do plano de saúde, uma das perguntas do questionário versa sobre o conhecimento de doenças pré-existente e ao responder que não tem, o usuário pode externar apenas seu desconhecimento não sua desonestidade.

### 3.1.2 AIDS

O surgimento da AIDS criou uma força tarefa intensa sentido do conhecimento, da pesquisa e no tratamento da doença. O modelo de programa utilizado pelo Brasil foi reconhecido pela OMS – Organização Mundial de Saúde como um dos melhores do mundo e é adaptado para vários outros países, principalmente, africanos. A doença foi tratada, inicialmente, pelo setor público, até mesmo porque nele se desenvolviam as pesquisas. A manutenção da vida do paciente através de coquetéis teve uma eficácia comprovada, conforme se vê nas palavras:

“O ano de 1996 representa um marco na história da AIDS. Foi o ano em que a eficácia da terapia anti-retroviral foi comprovada. Desde então, todo brasileiro vivendo com HIV ou com AIDS tem tido acesso gratuito à terapia.” (SERRA, 2002, P. 144).

Antes da lei, muitos planos e seguros de saúde simplesmente excluía o tratamento dessa doença.

“Os portadores do vírus HIV eram tratados sem o mínimo de consideração e, na maioria das vezes, desprezados pelos planos de saúde. Como se não bastasse o sofrimento psicológico por contrair uma doença marcada por estigmas de todos os matizes, pacientes e seus familiares ainda enfrentavam a humilhação de terem de implorar por um atendimento médico digno, mesmo após pagar anos a fio um plano de saúde.” (CHIAVASSA, 2014).



Depois da lei, a cobertura para AIDS é obrigatória, nos limites do tipo de plano adquirido (ambulatorial, hospitalar etc.). Se o consumidor já era portador dessa doença quando adquiriu um plano ou seguro, elas serão consideradas preexistentes.

“Esse foi o marco para que os direitos dos pacientes prevalecessem sobre uma norma fria e penosa. Na sequência, vieram milhares de outros processos e liminares, o que resultou na abertura de uma nova área do Direito, a de Saúde, e, conseqüentemente, a criação da Lei Nº 9.656/98. Ou seja, com coragem, determinação e garra se fez justiça. E assim deve continuar, mesmo com o surgimento de novos entraves e desafios.” (CHIAVASSA, 2014).

A regulação cumpriu seu papel quando se preocupa com o beneficiário, ou seja, com o indivíduo que precisa de cuidados médicos. Agora, do ponto de vista legal tem-se uma violação de um contrato. O problema é puramente constitucional, visto que a saúde é um direito e o dever do estado se faz, também, pelo seu poder de polícia.

### 3.1.3 Faixa etária

Para os contratos celebrados antes da Lei Nº 9.656/98 (contratos antigos), as variações de faixa etária são definidas pelo contrato, uma vez que as operadoras não são obrigadas a seguir os critérios definidos na nova lei. Com a vigência do Estatuto do idoso (janeiro/2004), a ANS compôs a Resolução Normativa Nº 63, diz no seu art. 2º:

Art. 2º. (...) As faixas etárias são:

- .....
- I - 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
  - II - 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
  - III - 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
  - IV - 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
  - V - 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
  - VI - 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
  - VII - 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
  - VIII - 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
  - IX - 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
  - X - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

A resolução determina, ainda, que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). A Resolução determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

## 3.2 Direitos

Todos os contratos que foram firmados até 31 de dezembro de 1998, deverão ser adaptados para as novas regras na data de sua renovação ou até 2 de dezembro de 1999. A adaptação não implica em nova contagem de carências.

Os consumidores que já possuíam os planos ou seguros de saúde terão direito à cobertura de AIDS, câncer, deficiências físicas, transtornos psiquiátricos, observando a abrangência do tipo de plano ou seguro contratado. Os reajustes terão de ser feitos dentro dos limites estabelecidos por mudança de faixa etária.

Todas as operadoras terão de dar cobertura nos casos dos beneficiários terem alguma doença ou lesão preexistentes, mesmo para os contratos que não previam este tipo de cobertura.

Durante o ano de 2013, a ANS recebeu 102.232 reclamações de consumidores de planos de saúde. Destas 72,4% (74.061) eram referentes à negativa de cobertura. As empresas de plano de saúde que se recusarem a dar cobertura aos seus beneficiários na realização de procedimentos médicos terão de explicar o motivo da negativa.

Se a operadora se recusar a prestar essas informações por escrito, pagarão multa de R\$ 30 mil. Já a multa por negativa de cobertura indevida de R\$ 80 mil e em casos de urgência e emergência, R\$ 100 mil. Tudo isso definido na Resolução Normativa Nº 319 da ANS.

## 3.3 Alguns tipos de Planos

### 3.3.1 Plano Referência

Representa o somatório dos quatro tipos de planos, compreendendo todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos e os atendimentos de urgência e emergência. Este tipo de plano deve ser oferecido obrigatoriamente a partir de 3 de dezembro de 1999 – por todas as operadoras e seguradoras, exceto as de autogestão e as exclusivamente odontológicas). Na parte dos exames, ela inclui a realização de todos os exames previstos nos outros planos (ALBUQUERQUE, 2002, p. 93).

### 3.3.2 Plano Odontológico

Representa a cobertura de procedimentos odontológicos realizados em consultório, incluindo endodontia, periodontia, exames radiológicos e cirurgias orais menores realizadas em nível ambulatorial sob anestesia local. Na parte dos exames é assegurada a cobertura de exames de radiologia realizados em consultório (ALBUQUERQUE, 2002, p. 93).

### 3.3.3 Combinações de planos

Representa a combinação de diferentes planos que as operadoras podem oferecer, como por exemplo: plano ambulatorial mais plano odontológico ou plano ambulatorial mais plano hospitalar com obstetrícia. Caberá a pessoa que está escolhendo ao plano determinar a combinação mais conveniente e a mais vantajosa. Na parte dos exames, será de acordo com a combinação escolhida (ALBUQUERQUE, 2002, p. 94).

### 3.4 Portabilidade

A Portabilidade pode ser enquadrada em duas categorias: Portabilidade de carências e a Portabilidade especial de carências. A Resolução Normativa Nº 252 da ANS mostra os seguintes conceitos sobre a Portabilidade de carências e a Portabilidade especial de carências:

Art. 2º. (...)

.....

VII – portabilidade de carências: é a contratação de um plano privado de assistência à saúde com registro de produto na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na mesma ou em outra operadora, concomitantemente à rescisão de contrato referente a um plano privado de assistência à saúde, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em tipo compatível, observado o prazo de permanência, na qual o beneficiário está dispensado do cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura temporária.

VIII – portabilidade especial de carências: é a contratação de um plano privado de assistência à saúde, individual ou familiar ou coletivo por adesão com registro de produto na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), na mesma ou em outra operadora, em tipo compatível, nas situações especiais conforme Resolução Normativa ANS Nº 252, de 28 de abril de 2011, na qual o beneficiário está dispensado do cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem.

Entende-se que portabilidade é a possibilidade de contratar um plano de saúde, dentro da mesma operadora ou uma operadora diferente, sem a necessidade de cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária exigível, visto que estas já foram cumpridas no plano de origem. Essa possibilidade vigora para os planos

individuais e familiares e para os planos coletivos por adesão, contratados a partir de 02/01/1999.

Vale ressaltar alguns conceitos fundamentais para a portabilidade, fornecidos pela RN Nº 252, em seu art. 2º. São eles:

- 1) Plano de origem: plano privado de assistência à saúde contratado pelo beneficiário no período imediatamente anterior à portabilidade de carências.
- 2) Plano de destino: plano privado de assistência à saúde a ser contratado pelo beneficiário por ocasião da portabilidade de carência.
- 3) Carência: é o período ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as mensalidades, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato, conforme previsto no inciso V do artigo 12 da Lei nº 9.656, nos termos desta Resolução.
- 4) Prazo de permanência: é o período ininterrupto em que o beneficiário deve manter o contrato de plano de origem em vigor para se tornar elegível para portabilidade de carências com base na regra de portabilidade de carências no art.3º.
- 5) Tipo: é a classificação de um plano privado de assistência à saúde com base na segmentação assistencial, conforme disposto no Anexo desta Resolução.
- 6) Tipo compatível: é o tipo que permite ao beneficiário o exercício da portabilidade para um outro tipo por preencher os requisitos de segmentação assistencial, tipo de contratação individual ou familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial e faixa de preço nos termos desta resolução.

#### 3.4.1 Principais aspectos da Resolução Normativa Nº 252 da ANS

A Resolução estende ou aumenta o direito à portabilidade aos beneficiários de planos coletivos por adesão, criando também a portabilidade especial para os clientes de planos extintos.

Conforme a resolução, o período que o consumidor pode optar pela portabilidade, foi aumentado de dois para quatro meses, a partir do aniversário do contrato. O período de permanência no plano de origem foi reduzido de dois para um ano. O beneficiário deve buscar um plano que seja compatível com o contrato atual, com faixa de preço igual ou inferior e não poderá haver cobrança de taxa para requerer a portabilidade. Também deixa de ser exigido que o plano tenha a mesma abrangência geográfica, por exemplo, um usuário de algum plano municipal pode exercer a portabilidade para um plano estadual e vice-versa.

Com inúmeras restrições de ações que tentam regular o equilíbrio entre os gastos e a receita da operadora, na qual, a lei de portabilidade abrange somente os

contratos individuais, familiares e coletivos por adesão que são a minoria, as grandes operadoras estão dando preferência apenas à comercialização dos planos empresariais, que estão fora da resolução. A norma é a grande chance das operadoras de tirar o segurado de alta sinistralidade.

#### 3.4.2 Portabilidade e o beneficiário

Diante da redução no tempo de permanência do usuário no plano de saúde para 1 ano, o consumidor poderá estar insatisfeito com os serviços prestados pelo plano de origem, portanto ele irá usufruir da portabilidade em menos tempo e assim será vantajoso para o beneficiário.

Com o aumento do período para a possibilidade da troca do plano de saúde para 4 meses, o beneficiário terá uma visão ampla com relação aos serviços ou preços oferecidos pelos planos ofertados e observará as vantagens. E com isso, poderá escolher a operadora que apresentará melhores serviços e preços.

#### 3.4.3 Portabilidade e as operadoras

A ideia da ANS em criar a portabilidade, foi incentivar a competitividade entre as operadoras do setor suplementar de saúde, com isso, elas ficariam incentivadas em melhorar os serviços prestados, praticando uma política de preços mais equitativa, etc. Com os beneficiários tendo o direito da escolha de mudar de plano, desde que respeitadas as equivalências dos planos. O plano de destino é o que sai prejudicado, pelo fato de não saber todas as características do novo beneficiário (seleção adversa). Pode haver um “risco moral” dos “novatos” com o uso excessivo dos serviços prestados. Com o não ressarcimento para a operadora de destino, provavelmente haverá uma elevação nos custos e causará um desequilíbrio financeiro. O plano de origem também sai prejudicado, quando um beneficiário que estava formando uma reserva matemática superavitária, de certa forma, lhe dando um lucro, optar em sair.

#### 4. ATUAL SITUAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Este capítulo apresenta os indicadores do setor de saúde suplementar no Brasil, mostrando ao leitor um panorama deste mercado. Logo, serão apresentadas as informações sobre o número de beneficiários e operadores e a taxa de sinistralidade, de acordo o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Ministério da Saúde (MS).

##### 4.1 Beneficiários

Em junho de 2013, existia cerca de 49 milhões de vínculos a planos privados de assistência à saúde, significando que, aproximadamente, 25% da população brasileira tendo acesso aos planos de saúde. Desde total, 19 milhões eram de planos de saúde exclusivamente odontológicos, representando 10% da população brasileira e 39% do mercado de planos privados de saúde. A taxa de cobertura de assistência médica era de 25,4%.

A região Sudeste tem a maior taxa de cobertura com 38,3% dos beneficiários de todo o país. Nas capitais estão concentradas, aproximadamente, 44,4% dos beneficiários. A Tabela 1 mostra que durante o período de 2000 a junho de 2013, o número de beneficiários dos planos de assistência médica e dos exclusivamente odontológicos.

**Tabela 1: Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura e segmentação do plano, segundo época de contratação do plano(Brasil - 2000-2013)**

Época de contratação do plano	Assistência médica com ou sem odontologia						Exclusivamente odontológico
	Total	Ambulatorial	Hospitalar	Hospitalar e ambulatorial	Referência	Não informado	
dez/01	31.420.006	1.022.809	714.156	16.159.210	2.377.363	11.146.468	3.062.681
dez/02	31.513.309	1.213.558	676.079	18.580.530	2.949.457	8.093.685	3.677.782
dez/03	32.074.667	1.426.313	742.734	21.830.410	3.467.808	4.607.402	4.325.568
dez/04	33.840.716	1.731.209	812.712	24.440.905	3.980.125	2.875.765	5.312.915
dez/05	35.441.349	1.829.661	760.745	26.158.908	4.519.285	2.172.750	6.204.404
dez/06	37.248.388	1.911.493	722.492	27.749.324	4.986.846	1.878.233	7.349.643
dez/07	39.316.313	1.977.141	707.426	29.259.086	5.328.120	2.044.540	9.164.386
dez/08	41.472.818	1.948.425	708.803	31.324.170	5.625.147	1.866.273	11.025.248
dez/09	42.603.477	1.988.053	682.662	32.606.741	5.687.274	1.638.747	13.218.155
dez/10	45.389.937	2.070.192	663.371	35.217.269	6.002.904	1.436.201	14.619.568
dez/11	47.031.928	2.068.958	705.889	37.011.498	5.980.768	1.264.815	17.050.213
dez/12	48.695.327	2.101.350	711.021	39.141.251	5.795.732	945.973	19.047.133
jun/13	49.231.643	2.096.798	691.331	39.793.587	5.761.562	888.365	19.140.086

Fonte: SIB/ANS/MS - 06/2013

A Tabela 1 mostra que o primeiro semestre de 2013, teve 49,2 milhões de beneficiários vinculados a planos de assistência médica com variação de 536 mil vínculos entre dezembro de 2012 e junho de 2013, apresentando um aumento de 1,10%. O segmento que contém mais beneficiários é o hospitalar e o ambulatorial com 81% do total.

A Tabela 2 mostra que os planos coletivos com 38,4 milhões de beneficiários comparando com o total de 49,2 milhões, representam 78% dos planos de saúde suplementar e a participação relativa desses planos vem crescendo. Com isso, as operadoras estão afastando a seleção adversa, pois nos planos coletivos, eles recebem indivíduos dos mais diferentes riscos, em contrapartida, tendem a oferecer planos com preços menores.

**Tabela 2: Beneficiários de planos privados de assistência médica por tipo de contratação do plano, segundo época de contratação do plano(Brasil - 2000-2013)**

Época de contratação do plano	Total		Coletivo		Individual		Não informado	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
dez/01	31.727.080	100	13.783.599	43,4	6.514.674	20,5	11.428.807	36,0
dez/02	31.513.309	100	16.092.752	51,1	7.128.755	22,6	8.291.802	26,3
dez/03	32.074.667	100	19.538.538	60,9	7.809.815	24,3	4.726.314	14,7
dez/04	33.840.716	100	22.561.686	66,7	8.345.889	24,7	2.933.141	8,7
dez/05	35.441.349	100	24.529.113	69,2	8.704.862	24,6	2.207.374	6,2
dez/06	37.248.388	100	26.448.081	71,0	8.891.440	23,9	1.908.867	5,1
dez/07	39.316.313	100	28.191.846	71,7	9.045.262	23,0	2.079.205	5,3
dez/08	41.472.818	100	30.590.074	73,8	8.977.255	21,6	1.905.489	4,6
dez/09	42.603.477	100	31.846.286	74,8	9.100.245	21,4	1.656.946	3,9
dez/10	45.389.937	100	34.445.360	75,9	9.496.461	20,9	1.448.116	3,2
dez/11	47.031.928	100	36.058.588	76,7	9.697.349	20,6	1.275.991	2,7
dez/12	48.695.327	100	37.864.033	77,8	9.874.178	20,3	957.116	2,0
jun/13	49.231.643	100	38.404.480	78,0	9.927.654	20,2	899.509	1,8

Fonte: SIB/ANS/MS - 06/2013

Os planos individuais têm a sua participação relativa no mercado menor quando comparados aos planos coletivos. Uma provável causa é que as operadoras evitam a contratação de planos individuais e com isso evitam a regulação da ANS. Por outro lado, os planos individuais têm os seus aumentos de preços controlados pela ANS, na qual, estipula um teto de reajuste máximo permitido, enquanto para os planos coletivos, os reajustes não são controlados pela ANS, sendo feito as negociações diretamente entre a operadora e a empresa que a contrata.

## 4.2 Operadoras

Até junho de 2013, existiam 1497 operadoras em atividade no Brasil. Na Tabela 3, vê-se uma tendência de queda na quantidade de operadoras desde 2000. Entre 2000 e junho de 2013, houve uma queda de 55% no total de empresas, passando de 2723 para 1497 operadoras.

**Tabela 3: Evolução do registro de operadoras de planos privados de saúde (Brasil - dezembro/1999-junho/2013)**

Ano	Registros novos	Registros cancelados	Operadoras em atividade			Operadoras com beneficiários		
			Total	Médico-hospitalares	Exclusivamente odontológicas	Total	Médico-hospitalares	Exclusivamente odontológicas
Até dez/99	2.825	186	2.639	1.968	671	1.838	1.380	441
dez/00	235	151	2.723	2.003	720	1.966	1.458	490
dez/01	143	157	2.709	1.991	718	1.969	1.456	505
dez/02	17	319	2.407	1.748	659	1.862	1.381	481
dez/03	35	169	2.273	1.647	626	1.814	1.345	469
dez/04	32	129	2.176	1.575	601	1.751	1.302	449
dez/05	30	117	2.089	1.523	566	1.657	1.242	415
dez/06	52	76	2.065	1.487	578	1.610	1.197	413
dez/07	62	199	1.928	1.376	552	1.576	1.168	408
dez/08	31	198	1.761	1.269	492	1.521	1.117	404
dez/09	34	101	1.694	1.216	478	1.476	1.087	389
dez/10	65	142	1.617	1.183	434	1.408	1.044	364
dez/11	56	74	1.599	1.173	426	1.367	1.006	361
dez/12	37	100	1.536	1.119	417	1.322	964	358
jun/13	21	59	1.497	1.090	407	1.297	941	356

Fontes: CADOP/ANS/MS - 06/2013 e SIB/ANS/MS - 06/2013

Além de mostrar redução na quantidade de operadoras, a Tabela 3 mostra também queda na quantidade de novos registros. Em dezembro de 2012 ocorreram 37 novos registros e 100 cancelamentos, enquanto em junho de 2013 ocorreram 21 novos registros e 59 cancelamentos. Note-se que o número de cancelamentos passou a ser maior do que o número de novos registros a partir de 2001. Entre dezembro de 1999 e junho de 2013, a quantidade de operadoras médico-hospitalares foi reduzida em 44,6%. Isso é preocupante para o mercado porque além de tender à concentração pode onerar o setor público.

## 4.3 Taxa de sinistralidade

A taxa de sinistralidade é definida como a relação expressa em porcentagem, entre a despesa assistencial e a receita de contraprestações das operadoras (ANS, 2013).



Quando a taxa de sinistralidade contém altos índices, pode-se relacionar uma elevação dos custos médios das internações hospitalares, consultas, exames e procedimentos ambulatoriais e com isso, gerando uma grande preocupação nas elevações dos custos assistenciais das operadoras. Verifica-se através da Tabela 4 que há uma tendência de estabilidade na taxa de sinistralidade em torno de 80%. Observe-se que tais despesas são exclusivas com assistência à saúde, ou seja, não estão computadas aqui as despesas administrativas.

**Tabela 4: Taxa de sinistralidade das operadoras de planos privados de saúde, segundo modalidade de operadora (Brasil - 2004-2012) (%)**

Modalidade de operadora	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total	80,8	80,8	79,1	79,9	79,8	82,3	80,4	81,6	84,1
Operadoras médico-hospitalares	81,3	81,4	79,7	80,6	80,4	83,0	81,2	82,4	84,9
Autogestão	90,5	87,8	83,1	87,6	91,6	94,1	89,1	91,6	93,5
Cooperativa médica	82,6	81,5	80,8	79,6	81,3	82,4	80,7	81,8	82,6
Filantropia	78,8	75,7	77,3	53,7	53,1	81,5	79,3	80,8	82,4
Medicina de grupo	75,3	75,9	75,9	77,2	77,6	79,1	78,7	79,3	81,2
Seguradora especializada em saúde	87,2	90,0	84,0	89,7	81,5	83,6	81,3	83,1	90,1
Operadoras exclusivamente odontológicas	51,0	49,9	47,2	48,1	47,7	48,4	45,9	48,6	48,8
Cooperativa odontológica	66,6	67,2	64,5	64,8	65,0	63,7	62,1	64,4	64,6
Odontologia de grupo	42,4	41,3	39,6	41,0	40,1	41,9	40,1	43,6	44,1

Fontes: DIOPS/ANS/MS - 27/08/2013 e FIP - 12/2006

Observa-se na Tabela 4 que existem modalidades de operadoras, na qual, a taxa de sinistralidade fica acima da média anual total (81,0%), como é o caso da autogestão (Modalidade na qual uma organização administrativa, sem finalidade lucrativa, à assistência à saúde dos beneficiários a elas vinculada) cuja média anual é 89,9%. Por não ter fins lucrativos, essa modalidade, pode ganhar força, pelo fato do exercício da política de recursos humanos de determinadas empresas que visam assegurar a boa saúde de seus trabalhadores, possibilitando a essas empresas recrutar e reter os melhores profissionais.

## 5. RESERVA MATEMÁTICA

Reserva matemática é a soma dos prêmios puros e respectivos juros que uma companhia de seguros deve ter sempre em seu poder e livre de qualquer ônus para solver os compromissos assumidos para com os segurados (D'ÁURIA, 1959, p. 227). Esse valor, calculado por processo atuarial, equilibra as obrigações da companhia e do segurado nos contratos de seguro.

Os pagamentos a efetuar aos beneficiários são valores futuros, ao passo que a reserva é o valor atual. Entre estes dois valores fica estabelecida uma equação que diz que o valor atual das obrigações futuras da seguradora é igual à soma entre o valor atual dos prêmios futuros do seguro e a reserva matemática. A reserva técnica ou matemática é calculada quando se tem os balanços anuais das companhias de seguros. Os balanços técnicos quanto os balanços do exercício, tem a finalidade de averiguar se a seguradora tem o suficiente para acudir aos compromissos assumidos e apurar, em seguida, o resultado comercial de cada exercício (D'ÁURIA, 1959, p. 227).

O prêmio comercial é o valor que o segurado paga à seguradora, na qual, essa quantia tem que ser o necessário para os pagamentos futuros (D'ÁURIA, 1959, p. 227). Com a percepção dos prêmios pagos pelos segurados, vai se constituir o fundo necessário para o cumprimento do pagamento pontual das rendas vitalícias e dos seguros dotais sob as diversas modalidades.

Geralmente calculam-se as reservas matemáticas pelos métodos denominados prospectivo e retrospectivo. O primeiro se baseia no futuro dos eventos e o outro leva em consideração o passado (Cordeiro, 2009, p.169), ou seja, o método prospectivo tem por característica não considerar o passado. Calcula-se a reserva pelo valor atual disponível naquele momento. Nesse método,  ${}_tV_x$  (o  $t$  representa o ano e  $x$  é a idade da pessoa) representa a diferença entre os valores atuais, num mesmo momento, das obrigações futuras da seguradora e do segurado (Cordeiro, 2009, p.169). Por outro lado, o método retrospectivo tem por característica considerar a diferença entre o que passou (como obrigações) tanto para o segurador como o segurado, tudo devidamente calculado numa mesma época. Nesse método,  ${}_tV_x$  (o  $t$  representa o ano e  $x$  é a idade da pessoa) representa a diferença entre o montante das obrigações passadas do segurado, do montante das obrigações passadas da entidade até o instante  $t$ , sendo esse instante o momento do cálculo da reserva (Cordeiro, 2009, p.174).

## 6. Impacto na Reserva Matemática

Este capítulo faz uma aplicação para determinar o impacto nas reservas dos planos de origem e de destino quando da efetivação de uma migração por portabilidade, ou seja, trata de uma análise empírica que leva em consideração a reserva matemática utilizando o método retrospectivo pela simplicidade e intuição da fórmula, e algumas premissas atuariais escolhidas hipoteticamente, a saber:

I) A taxa de juros utilizada foi de 6% a.a., a qual estabelece o nível esperado de rendimento real do patrimônio de determinado plano. Com isso, vai-se apurar o valor atual dos compromissos de um plano.

II) A tábua de mortalidade de válidos utilizada foi a AT-49. A tábua utilizada foi a AT-49, através da qual vai se estimar a sobrevivência dos participantes e calcular o valor atual das contribuições feitas ao plano.

III) Necessidade dos serviços do plano - Foi criada uma tábua em que mostra a determinada probabilidade de uma pessoa adoecer com e necessitar dos serviços oferecidos pelo plano com valores apenas hipotéticos e servem para a simulação. Na qual, essa probabilidade é calculada com a multiplicação entre a chance de uma pessoa sobreviver com um aumento de 0,01 a cada ano na idade da pessoa. A tábua foi chamada de Tábua neces\_doen.

IV) Idade inicial, idade atual e tempo no plano - Idade em que o participante entrou no plano de saúde, idade atual do participante e o tempo, no qual, permanece no plano.

### 6.1 Metodologia de cálculo

A fórmula da reserva matemática utilizada foi:

$${}_tV_x = \frac{\bar{R} * \ddot{a}_{x-t:t}^{(1)} - \bar{C} * \ddot{a}_{x-t:t}^{(2)}}{{}_tE_{x-t}}$$

${}_tV_x$  → Reserva matemática pelo método retrospectivo;  $x$  → Idade atual;  $t$  → Tempo; no plano;  $x - t$  → Idade inicial;  $\bar{R}$  → Receita média anual;  $\bar{C}$  → Custo médio anual;  $\ddot{a}_{x-t:t}^{(1)}$  → Renda temporária imediata antecipada (Tábua AT-49);  $\ddot{a}_{x-t:t}^{(2)}$  → Renda temporária imediata antecipada (Tábua neces\_doen);  ${}_tE_{x-t}$  → Fator de atualização

## 6.2 Análise dos resultados.

A base de dados utilizada foi desenvolvida através de funções que geram variáveis aleatórias do programa R Project. As Tabelas 5 e 6 mostram a composição da base de dados para um exemplo hipotético de Plano de origem e de Plano de destino.

**Tabela 5: Plano de origem**

<b>Faixa etária</b>	<b>Prestação média (R\$)</b>	<b>Nº de Usuários</b>
0 – 14	120,00	17
15 – 29	240,00	15
30 – 44	360,00	20
45 – 59	450,00	30
60 ou mais	550,00	18

Fonte: elaboração própria

Pela Tabela 5 observa-se que há 100 participantes com idade média de 38 anos. A prestação média mensal total é de R\$ 362,40 e o gasto médio mensal total com os serviços oferecidos pelo plano é de R\$ 343,75.

**Tabela 6: Plano de destino**

<b>Faixa etária</b>	<b>Prestação média (R\$)</b>	<b>Nº de Usuários</b>
0 – 14	100,00	16
15 – 29	200,00	20
30 – 44	300,00	22
45 – 59	400,00	28
60 ou mais	500,00	14

Fonte: elaboração própria

Pela Tabela 6 observa-se que há 100 participantes com idade média, também, de 38 anos. A prestação média mensal total é de R\$ 304,00 e o gasto médio mensal total com os serviços oferecidos pelo plano é de R\$ 318,34.

## 6.3 Mensuração do impacto nas reservas

As Tabelas 7 e 8 mostram o impacto para os planos de origem e de destino quando um participante que tem uma alta taxa de utilização com os serviços oferecidos pelo plano (alta sinistralidade) ou de quando um participante que tem uma baixa taxa de utilização com os serviços oferecidos pelo plano (baixa sinistralidade) reivindica a portabilidade. Dois fatores aqui serão importantes para contribuir na análise: o tempo no plano e a característica da pessoa em relação a sinistralidade (alta sinistralidade).

Considere-se que um indivíduo com 16 anos entre num determinado plano de saúde e fique nele por 5 anos. Sua contribuição média anual de R\$ 2.880,00 e terá um

custo médio anual de R\$ 8.400,00. A análise da reserva matemática neste caso será de forma anual e logo após esse tempo será analisado o impacto da portabilidade.

**Tabela 7: Plano de saúde**

<b>Idade</b>	<b>Ano</b>	<b>Reserva matemática</b>
17	1	-5854,43
18	2	-10554,10
19	3	-14211,13
20	4	-16940,07
21	5	-18853,49

Fonte: elaboração própria

À medida que o participante de alta sinistralidade fica mais tempo no plano de saúde, verifica-se que o valor da reserva matemática fica mais comprometido. Isto ocorre pelo fato do participante ter um custo elevado com os serviços oferecidos pelo plano como exames, consultas e internações, e por isso a sua reserva fica deficitária. Para o plano de origem é vantajoso se o participante optar nesse momento em mudar para um plano de destino, pois a sua reserva está causando prejuízo.

Em se tratando de um indivíduo de baixa sinistralidade, com a mesma idade, permanecendo no plano por 5 anos, sabe-se que sua contribuição média anual será R\$ 2.880,00, no entanto, o custo médio anual será de R\$ 1.800,00. A Tabela 8 mostra a reserva.

**Tabela 8: Plano de saúde**

<b>Idade</b>	<b>Ano</b>	<b>Reserva matemática</b>
17	1	1145,43
18	2	2683,79
19	3	4599,95
20	4	6878,86
21	5	9506,45

Fonte: elaboração própria

Nota-se, à medida que o participante de baixa sinistralidade fica mais tempo no plano de saúde, o valor da reserva matemática aumenta. Isto ocorre pelo fato do participante ter um custo baixo com os serviços oferecidos pelo plano e por isso a sua reserva fica superavitária. Para o plano de origem, mesmo estando num cenário de certa forma desvantajoso se o participante mudar de plano, por ele estar perdendo uma reserva que lhe dar lucro, a reserva constituída fica de forma total no plano de origem e o plano de destino não terá certa compensação na entrada de um novo beneficiário.

Considerando agora a portabilidade para uma pessoa de alta sinistralidade, com 18 anos de idade e que está a 2 anos no plano, tendo como contribuição média anual R\$ 2.880,00 e como custo médio anual R\$ 8.400,00 que pode optar ou não pela portabilidade ao longo de 5 anos. A Tabela 9 resume as consequências em termos de reservas.

**Tabela 9: Plano de origem**

		(R\$)	<u>Sem portabilidade (R\$)</u>	<u>Com portabilidade (R\$)</u>	
Idade	Ano	Reserva matemática (Individual)	Reserva matemática (Geral)	Reserva matemática (Geral)	Varição nas reservas
18	0	-10554,10	70611057,90	70611057,90	0,00000%
19	1	-14211,13	77508724,38	77505067,35	0,00472%
20	2	-16940,07	85321944,27	85319215,33	0,00320%
21	3	-18853,49	94227728,36	94225814,94	0,00203%
22	4	-20058,42	104449582,20	104448377,28	0,00115%
23	5	-20653,61	116272794,43	116272199,24	0,00051%

Fonte: elaboração própria

Observa-se que se a pessoa optar em mudar de plano ao longo desses 5 anos, vai existir um impacto positivo na reserva matemática geral, pois a reserva que esse participante constituiu é deficitária para o plano de origem. Assim, é vantajoso para o plano de origem a portabilidade, pois está saindo uma pessoa que gera um prejuízo para ele e com o tempo o plano de origem vai cobrir esse déficit.

Em se tratando de uma pessoa de baixa sinistralidade quando uma pessoa de 18 anos que está à 2 anos no plano, com uma contribuição média anual de R\$ 2.880,00 e um custo médio anual de R\$ 1.800,00, e que pode optar ou não pela portabilidade ao longo de 5 anos. A Tabela 10 resume as consequências em termos de reservas.

**Tabela 10: Plano de origem**

		(R\$)	<u>Sem portabilidade (R\$)</u>	<u>Com portabilidade (R\$)</u>	
Idade	Ano	Reserva matemática (Individual)	Reserva matemática (Geral)	Reserva matemática (Geral)	Varição nas reservas
18	0	2683,79	70624295,79	70624295,79	0,00000%
19	1	4599,95	77527535,46	77529451,63	-0,00247%
20	2	6878,86	85345763,20	85348042,10	-0,00267%
21	3	9506,45	94256088,31	94258715,90	-0,00279%
22	4	12470,54	104482111,16	104485075,25	-0,00284%
23	5	15761,36	116309209,40	116312500,22	-0,00283%

Fonte: elaboração própria

Nota-se que se a pessoa optar em mudar de plano ao longo desses 5 anos, vai existir um impacto negativo na reserva matemática geral, pois a reserva que esse participante constituiu é superavitária para o plano. Como a reserva constituída pelo beneficiário não vai para plano de destino, o plano de origem vai obter certa vantagem por não perder a reserva constituída nela.

Esta mesma análise pode ser feita em relação ao plano de destino. Mantendo as mesmas hipóteses anteriores para uma pessoa de alta sinistralidade, o comportamento da reserva no plano de destino pode ser visto na Tabela 11.

**Tabela 11: Plano de destino**

		(R\$)	Sem portabilidade (R\$)	Com portabilidade (R\$)	
Idade	Ano	Reserva matemática (Individual)	Reserva matemática (Geral)	Reserva matemática (Geral)	Varição nas reservas
18	0	0,00	73282548,51	73282548,51	0,00000%
19	1	-6363,72	80410746,76	80404383,04	-0,00791%
20	2	-11425,87	88477752,19	88466326,32	-0,01291%
21	3	-15355,32	97661149,48	97645794,16	-0,01572%
22	4	-18312,97	108183879,63	108165566,66	-0,01693%
23	5	-20447,90	120328682,43	120308234,52	-0,01699%

Fonte: elaboração própria

Verifica-se que quando uma pessoa de alta sinistralidade opta em fazer a portabilidade, o plano de destino terá um impacto negativo na reserva matemática geral. Mesmo a reserva que o participante constituiu no valor de R\$ -10554,10 no plano de origem não foi para o plano de destino, na qual é deficitária, para o plano de destino não foi vantajosa essa troca de planos.

Em se tratando de uma pessoa de baixa sinistralidade, considerado o indivíduo com 18 anos que está há 2 anos no plano, sabe-se que sua contribuição média anual será R\$ 2.880,00 e seu custo médio anual de R\$ 1.800,00. Ao optar pela portabilidade para um plano de destino, conjecturando que sua contribuição média será de R\$ 2.400,00 e custo médio anual de R\$ 1.800,00 ao longo dos 5 anos propostos, tem-se o comportamento da reserva na Tabela 12.

**Tabela 12: Plano de destino**

		(R\$)	Sem portabilidade (R\$)	Com portabilidade (R\$)	
Idade	Ano	Reserva matemática (Individual)	Reserva matemática (Geral)	Reserva matemática (Geral)	Varição nas reservas
18	0	0,00	73282548,51	73282548,51	0,00000%
19	1	636,37	80410746,76	80411383,13	0,00079%
20	2	1672,97	88477752,19	88479425,16	0,00189%
21	3	3081,06	97661149,48	97664230,54	0,00315%
22	4	4834,10	108183879,63	108188713,73	0,00447%
23	5	6908,58	120328682,43	120335591,01	0,00574%

Fonte: elaboração própria

Nota-se que quando uma pessoa de baixa sinistralidade opta em fazer a portabilidade, o plano de destino terá um impacto positivo na reserva matemática geral. Mesmo a reserva que o participante constituiu no valor de R\$ 2683,79 não vá para o

plano destino, na qual é superavitária para o plano de origem, foi de certa forma vantajosa para o plano de destino, mas poderia haver certa compensação financeira para vinda de um novo beneficiário.



## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A intenção da portabilidade foi a de incentivar a melhoria dos serviços e reduzir os preços nos planos de saúde. De certa forma, existia a expectativa no aumento da competitividade, mas o que nota-se é um cenário de desvantagem para o plano de destino. No momento da portabilidade, deveria haver o ressarcimento para a operadora de destino, pois está causando uma externalidade negativa para a mesma, por exemplo, se for uma pessoa de alta sinistralidade opta pela troca, haverá um alto custo, causando um impacto negativo na reserva matemática do plano.

Para o consumidor a portabilidade é vantajosa, pois no momento em que ele estiver descontente com os serviços ou atendimento do plano, poderá buscar outro prestador de serviços que venha a lhe satisfazer em termos de custos e ofertas de serviços. Em contrapartida, para a operadora, com a desistência de algum beneficiário, poderá analisar se este estaria causando algum prejuízo ou não. O que se verifica neste trabalho é que o plano de origem está num cenário favorável por ficar com a reserva de seu antigo beneficiário dependendo de sua característica, por outro lado, o plano destino tem que criar meios de minimizar o impacto na entrada de um novo beneficiário como a de formar uma reserva especial para esse tipo de caso e com isso evitar um desequilíbrio financeiro.

Concluindo, a portabilidade é uma área que necessita de maiores estudos para buscar soluções viáveis para casos de insolvência, pois a troca de planos é algo que afeta diretamente o lado financeiro das operadoras, na qual, pode deixá-las em situação complicada ao ponto de não poder cumprir com as suas obrigações sociais.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)

ALBUQUERQUE, JOÃO BATISTA TORRES DE. Seguros no direito brasileiro / João Batista Torres de Albuquerque. – Campinas: Bookseller, 2002. 3v. 23cm.

ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIO [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Glossário temático: saúde suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 122 p.

CECHIM, JOSÉ. A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação, São Paulo: Saraiva e Letras & Lucros, 2008.

CHIAVASSA, ROSANA. Aids x Planos de Saúde: a história desempata esse duelo. Disponível em: <http://chiavassa.adv.br/aids-x-planos-de-saude-a-historia-desempata-esse-duelo/>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. [www.conselho.saude.gov.br](http://www.conselho.saude.gov.br)

CORDEIRO FILHO, ANTONIO. Cálculo atuarial aplicado: teoria e aplicações: exercícios resolvidos e propostos / Antonio Cordeiro Filho. – São Paulo: Atlas, 2009.

DATASUS. [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

FONSECA, ARTUR LOURENÇO DA. Portabilidade em planos de saúde no Brasil. Dissertação para grau de Mestre, ENSP, 2004.

FREITAS, MAURÍCIO ASSUERO LIMA DE. Viabilidade Econômica e Eficiência do Sistema de Saúde: O Caso do Pólo Médico da Cidade do Recife. Dissertação para grau de Mestre, UFPE, 2002.

\_\_\_\_\_. Crescimento Econômico Ótimo: a influência do setor de saúde. Tese de Doutorado, UFPE/PIMES, 2009.

GUERREIRO, MARCELO DA FONSECA. Seguros Privados: doutrina, legislação e jurisprudência / Marcelo da Fonseca Guerreiro. – 2.ed. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br)

SERRA, JOSÉ. Ampliando o possível: a política de saúde do Brasil / José Serra. – Rio de Janeiro: Campus, 2002.

D'AURIA, FRANCISCO. Matemática financeira e atuarial. 4.ed. São Paulo: Nacional, 1959.