

# Custos e formação de preços nas operadoras de planos de saúde no Brasil

Débora Cristina Roberto de Almeida\*; Lúcia Dias da Silva Guerra\*\*

\*Acadêmico do Curso de Economia e Gestão da Saúde

\*\*Docente do Curso de Economia e Gestão da Saúde

Faculdade de Saúde Pública (FSP-USP)

## RESUMO

Uma característica no setor saúde é a incerteza por parte do tomador de serviços que procura assistência com necessidade absoluta e conhecimento relativo do real estado de saúde, da necessidade futura, do tipo de tratamento, medicamento, intervenção e principalmente custos envolvidos. O cenário piora quando estes serviços têm um agenciamento através de uma operadora de planos, pois neste caso nem quem compra e nem quem vende sabe o que será consumido e o custo deste consumo. Com a mercantilização da saúde, opções privadas ganham cada dia mais espaço, planos e seguros de saúde disparam com soluções suplementares que intermediam o financiamento vendendo serviços através de planos pré-pagos que oferecem a diluição de altos desembolsos para usuário em uma situação de doença e o consumo de recursos de altos custos. Temos ainda que considerar um volume importante de usuários que têm sua relação com o ofertante mais distante, pois o agente pagador é a empresa que oferece assistência como benefício aos seus funcionários e, ainda que exista coparticipação, este acaba comprando um pacote de serviços que não lhe permite estabelecer nenhuma relação direta entre o valor do pagamento e o serviço que utiliza. Do ponto de vista do indivíduo, a demanda por assistência à saúde é, conseqüentemente, irregular e os indivíduos geralmente desconhecem os resultados esperados dos vários tratamentos, a menos que explicados pelos médicos e, em muitos casos, nem os médicos podem prever os resultados com absoluta certeza. Este é um dos setores que mais se afasta do modelo concorrencial devido a deficiência de informação, de forma que há uma assimetria entre a demanda e a oferta. Numa concorrência perfeita é necessário que haja esse equilíbrio e para que isso ocorra é essencial que haja o domínio das informações por parte do provedor e do tomador de serviços.

**Descritores:** Planos de saúde, contratos de plano de saúde, saúde suplementar

## 1 INTRODUÇÃO

Determina a Constituição Federal do Brasil que a saúde é direito de todos e dever do Estado, também prevendo a atuação da iniciativa privada na assistência, de forma complementar ao Sistema Único de Saúde –

SUS. As ações e serviços privados de saúde são prestados por meio de planos de saúde, oferecidos por operadoras. O desenvolvimento do mercado de saúde suplementar brasileiro ocorreu a partir dos anos 1960. Sua expansão foi acompanhada por um aumento de sua complexidade, em

função da convivência das várias modalidades de planos privados de saúde (individuais ou coletivos, autogestões vinculadas especialmente aos pacotes de benefícios das empresas estatais nos anos 1970, medicina de grupo, entidades filantrópicas, cooperativas médicas e seguradoras propriamente ditas) e ausência de um modelo de regulação articulado e estruturado. Atualmente, existem aproximadamente 58 milhões de vínculos de beneficiários junto a planos de assistência médica e/ou odontológica vinculados a 1.560 operadoras. Em 1998, dez anos após a aprovação da Carta Constitucional e dos debates que se seguiram sobre a necessidade de regulação do setor da saúde suplementar, foi aprovada a Lei nº 9656 – Lei dos Planos de Saúde. A atuação da iniciativa privada na área da saúde será considerada complementar quando for desenvolvida nos termos do art. 199 da Constituição Federal, que prevê participação de forma complementar ao SUS, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Ocorre que esta atuação complementar no setor é marcada por diferentes falhas que dificultam os mecanismos de livre mercado. O sistema de Saúde Suplementar é composto por uma cadeia de atividades que faz a ligação entre consumo de recursos e usuários finais porém a principal característica no setor é a incerteza por parte do tomador de serviços que procura assistência com necessidade absoluta e conhecimento relativo do real estado de saúde, da necessidade futura, do tipo de tratamento, medicamento, intervenção e principalmente custos envolvidos. Este cenário piora quando estes serviços têm um agenciamento através de uma operadora de planos, pois neste caso nem quem

compra e nem quem vende sabe o que será consumido e o custo deste consumo. Com a mercantilização da saúde, opções privadas ganham cada dia mais espaço. Planos e seguros de saúde disparam com soluções suplementares que intermediam o financiamento vendendo serviços através de planos pré-pagos que oferecem a diluição de altos desembolsos para usuário em uma situação de doença e consumo de recursos de altos custos. Temos ainda que considerar um volume importante de usuários que têm sua relação com o ofertante mais distante, pois o agente pagador é a empresa que oferece assistência como benefício aos seus funcionários e, ainda que exista coparticipação, este acaba comprando um pacote de serviços que não lhe permite estabelecer nenhuma relação direta entre o valor do pagamento e o serviço que utiliza. Do ponto de vista do indivíduo, a demanda por assistência à saúde é, conseqüentemente, irregular e os indivíduos geralmente desconhecem os resultados esperados dos vários tratamentos, a menos que explicados pelos médicos e, em muitos casos, nem os médicos podem prever os resultados com absoluta certeza. Este é um dos setores que mais se afasta do modelo concorrencial devido a deficiência de informação, de forma que há uma assimetria entre a demanda e a oferta. Numa concorrência perfeita é necessário que haja esse equilíbrio e para que isso ocorra é essencial que haja transparência e domínio das informações por parte do provedor e do tomador de serviços. A falta de simetria favorece o comportamento oportunista por parte dos agentes que atuam neste setor, tais como seleção adversa, risco moral e fraudes que tendem ser repassadas no preço.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, que contribui para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, servindo para apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Esse método de pesquisa objetiva traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre um determinado tema. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8:102-106.

Este estudo buscará conhecer os critérios, composição de custos dos produtos vendidos e demais fatores considerados na formação dos preços passados ao consumidor do serviço de seguro saúde. Neste sentido a primeira etapa constituiu em uma busca sistematizada por descritores em ciências da saúde – DeCS - Descritores em Saúde <http://decs.bvs.br/> que melhor definiam a temática proposta norteados pela pergunta: O que a literatura científica apresenta sobre custos e formação de preços nas Operadoras de Planos de Saúde? Assim, elegeu-se LILACS Biblioteca virtual em Saúde <http://lilacs.bvsalud.org/> como base de dados para a busca bibliográfica.

Os descritores utilizados foram operadoras de planos de saúde, administradora de

planos de saúde, plano de saúde, contrato de seguro de saúde, contratos de plano de saúde (população); custos, preços dos serviços de saúde (fenômeno); saúde suplementar, saúde suplementar, setor de saúde suplementar (contexto). A sintaxe de busca final foi (tw:(administradora de planos de saúde OR plano de saúde OR contrato de seguro de saúde OR contratos de plano de saúde)) AND (tw:(saúde suplementar OR setor de saúde suplementar)).

## 3 RESULTADOS

A partir da sintaxe final foram identificados 132 artigos que abordavam assuntos que faziam referência a temática. Estes artigos foram organizados e tabulados de forma que facilitassem o filtro pelos critérios estabelecidos. Para isso uma segunda pergunta norteou a extração dos artigos incluídos nessa revisão: O artigo aborda claramente as temáticas de interesse do projeto sobre custos e formação de preços nas Operadoras de Planos de Saúde? Respondendo a esta pergunta selecionou-se apenas 10 artigos (8%) nacionais e que abordavam exclusivamente o tema, porém outros 29 (22%) foram classificados como interessantes para subsidiar e contextualizar os demais (70%) não fazem esta distinção ou não abordam claramente o assunto.

Tabela 1: Classificação preliminar dos artigos extraídos da Base LILACS

O artigo aborda claramente as temáticas de interesse do projeto sobre custos e formação de preços nas Operadoras de Planos de Saúde?	Contagem	%
Interessante	29	22%
Não	93	70%
Sim	10	8%
<b>Total Geral</b>	<b>132</b>	<b>100%</b>

Tabela 2: Resultado da tabulação para extração dos artigos

O artigo aborda claramente as temáticas de interesse do projeto sobre custos e formação de preços nas Operadoras de Planos de Saúde?	Status	Contagem	Relevância
Sim	ok	4	28%
	Indisponível	6	45%
<b>Sim Total</b>		<b>10</b>	<b>7%</b>
Interessante	ok	8	28%
	Indisponível	13	45%
	Monografia	2	7%
	Tese	5	17%
	Repetido	1	3%
<b>Interessante Total</b>		<b>29</b>	<b>100%</b>
Não	Não Relevante	93	100%
<b>Não Total</b>		<b>93</b>	<b>100%</b>
<b>Total Geral</b>		<b>132</b>	

Tabela 2: Resultado da tabulação para extração dos artigos

O artigo aborda claramente as temáticas de interesse do projeto sobre custos e formação de preços nas Operadoras de Planos de Saúde?	Status	Contagem	Relevância
Sim	ok	4	28%
	Indisponível	6	45%
<b>Sim Total</b>		<b>10</b>	<b>7%</b>
Interessante	ok	8	28%
	Indisponível	13	45%
	Monografia	2	7%
	Tese	5	17%
	Repetido	1	3%
<b>Interessante Total</b>		<b>29</b>	<b>100%</b>
Não	Não Relevante	93	100%
<b>Não Total</b>		<b>93</b>	<b>100%</b>
<b>Total Geral</b>		<b>132</b>	

Dos 39 artigos elegíveis, 5 Teses e 2 monografias foram excluídos, um artigo estava repetido e os demais estavam indisponíveis na base resultando em apenas 12 artigos conforme tabela 2.



## Custos e formação de preços nas operadoras de planos de saúde no Brasil

Quadro 1: Títulos, autores, resumos e abordagens ao tema.

Título	Autores	Disponível em	ID	Resumo	Comentários
<p>Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da agência nacional de saúde suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras / Judicialization of collective health insurance plans: The effects of the Brazilian National Regulatory Agency for Private Health Insurance and Plans regulatory choice in conflicts between consumers and private health insurance providers</p>	<p>Trettel, Daniela Batalha; Kozan, Juliana Ferreira; Scheffer, Mario César.</p>	<p>Rev. direito sanit; 19(1): 166-187, 2018.</p>	<p>ID: biblio-915906</p>	<p>Este estudo aborda a judicialização na saúde suplementar por meio da análise de ações judiciais contidas na base pública on-line do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Com a aplicação de formulário, foram analisadas 4.059 ações relacionadas a contratos coletivos de planos de saúde, ajuizadas no Município de São Paulo nos anos de 2013 e 2014. Além de quantificar e descrever o perfil das demandas levadas à Justiça, buscou-se a análise qualitativa de decisões judiciais. O estudo identificou que os principais problemas judicializados são exclusão de coberturas, manutenção do aposentado no contrato coletivo e reajuste de mensalidade de idosos por mudança de faixa etária e por aumento de sinistralidade. Conclui-se que a regulação e a jurisprudência são desarmônicas, apresentando-se sugestões de mudanças regulatórias necessárias para diminuição de conflitos que permeiam o mercado de planos e seguros de saúde.</p>	<p>Interessante pois apresenta questões judiciais abertas por questionamentos referentes aos preços praticados pelas operadoras de saúde.</p>
<p>Programas de prevenção de doenças e promoção de saúde em serviços de saúde privados: uma análise bibliométrica sobre o tema / Programas de prevención de enfermedades y promoción de salud en servicios de salud privados: un análisis bibliométrico / Programs for disease prevention and health promotion in private health services: a bibliometric analysis</p>	<p>Paim, Tatieli Dagostim; Bilessimo, Simone Meister Sommer; Freire, Patricia de Sá; Luz Filho, Silvio Serafim da.</p>	<p>Tempus (Brasília); 11(2): 219-238, abr.-jun. 2017.</p>	<p>ID: biblio-881751</p>	<p>A complexidade inerente ao contexto de saúde entre a dicotomia da saúde pública versus a privada promoveu através do órgão fiscalizador da saúde suplementar privada brasileira, a orientação para implantação de estratégias de programas para o controle e prevenção de riscos e patologias e para promoção da saúde. Assim passou-se a exigir pesquisas interdisciplinares para melhor compreensão e efetividade de seus programas de prevenção para minimizar custos as operadoras de planos de saúde privados, a redução da morbi-mortalidade e o engaje a qualidade de vida de seus beneficiários. Para responder à questão de como se processa a evolução dos estudos teóricos e empíricos interdisciplinares relacionados ao tema foi realizada uma pesquisa com o objetivo de compreender a evolução, a interdisciplinaridade e as variáveis teórico- empíricas relacionadas aos programas de prevenção de doenças e promoção de saúde em serviços de saúde privados, identificando as escolas invisíveis, as possíveis lacunas e oportunidades de futuras pesquisas. Este artigo apresenta os resultados de uma pesquisa exploratória realizada com procedimentos de busca sistemática da literatura com a base de dado eletrônica - Scopus, seguida de análise bibliométrica. Foram identificados cinco artigos que contemplavam o objetivo geral do estudo e distribuídos em duas grandes áreas do conhecimento, saúde e tecnologia. A limitação dos artigos encontrados pode ser justificada ao contexto temporal do assunto analisado, pois a sugestão da implantação destes programas para realidade brasileira aconteceu no final do ano de 2011, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e muitos planos de saúde privados ainda não contemplarem esta realidade. Ao final, o artigo analisou as implicações para a pesquisa interdisciplinar na área da Saúde Suplementar Privada e as novas Tecnologias de Informação e Comunicação como mídias para a disseminação e o compartilhamento de conhecimento.</p>	<p>Pode ser interessante por tratar a prevenção como medida de redução de custos para operadoras que deverá ser repassado para o cliente através do preço. (compartilhamento de responsabilidade?)</p>

Custos e formação de preços nas operadoras de planos de saúde no Brasil

<p>Sistema suplementar de saúde e internação domiciliar de idosos na perspectiva da bioética crítica / Sistema de salud complementario y la atención a domicilio a los ancianos en la perspectiva de la bioética críticos / Supplementary health system and home care of the elderly in the perspective of critical bioethics</p>	<p>Andraos, Cláudio; Lorenzo, Cláudio.</p>	<p>Rev. bioét. (Impr.); 21(3): 525-535, set.-dez. 2013.</p>	<p>ID: lll-704231</p>	<p>No Brasil, atualmente, a internação domiciliar (ID) é a principal opção para a desospitalização de idosos, sobretudo no sistema suplementar. Variados conflitos éticos surgem no contexto da assistência em meio a contextos familiares diversos. Neste trabalho, realizamos um estudo exploratório de dois casos de ID em operadora de planos de saúde, na qual os conflitos éticos identificados foram delimitados a dois campos principais de atuação da bioética: o da bioética clínica, no tocante às relações interpessoais e tomadas de decisão em torno da assistência, e o da bioética aplicada à saúde pública, no pertinente aos desafios para a organização e oferta de serviços. Os conflitos foram discutidos com base no modelo de bioética crítica. O estudo gerou proposições para a redução de alguns conflitos éticos envolvidos na ID e demonstrou a necessidade de pesquisas mais amplas para conhecer em maior extensão e profundidade este problema.</p>	<p>Pode ser interessante explicitar que para as operadoras de planos de saúde - de rede própria - as internações são mais custos, porém para as demais são fonte de receita acarretando conflitos ético por internações desnecessárias ou desospitalizações não recomendadas.</p>
<p>A saúde suplementar em perspectiva bioética / Supplemental care from a bioethical perspective</p>	<p>Carvalho, Regina Ribeiro Parizi; Fortes, Paulo Antônio de Carvalho; Garrafa, Volnei.</p>	<p>Rev. Assoc. Med. Bras. (1992); 59(6): 600-606, nov.-dez. 2013. tab</p>	<p>ID: lll-697392</p>	<p>OBJETIVO: Descrever e analisar, mediante a perspectiva da Bioética de Intervenção, os contextos legal, institucional e ético, os conflitos e a regulamentação da saúde suplementar no Brasil, desde a aprovação da lei em 1998 até 2010. MÉTODOS: Pesquisa de caráter qualitativo, utilizando a Bioética de Intervenção como referencial teórico. Estudo bibliográfico e documental da legislação, regulamentação e quadro assistencial, além de entrevistas com membros da Câmara de Saúde Suplementar RESULTADOS: Houve melhora dos registros e regras de atuação das empresas, do fluxo de informação e das garantias contratuais e financeiras aos consumidores. Persistem conflitos no acesso aos serviços e procedimentos, reajustes de mensalidades, políticas sobre autonomia e honorários médicos. Há disputa com o setor público pela rede de serviços de saúde, com aumento dos custos e não melhoria na qualidade da assistência. DISCUSSÃO: A participação privada na saúde demanda avaliações comparativas e aperfeiçoamento da regulação público-privada na assistência, assim como promoção de maior equilíbrio no financiamento e reavaliação do modelo de atenção à saúde CONCLUSÃO: Necessidade de revisão do marco regulatório considerando o caráter suplementar, complementar ou duplicativo da assistência, os atores sociais envolvidos, as questões bioéticas e políticas nas relações entre Saúde Suplementar e Sistema Único de Saúde.</p>	<p>Trata dos conflitos legais e éticos na Saúde Suplementar com relação a acesso aos serviços, reajustes de mensalidades, honorários médicos, etc.</p>
<p>Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG / Supplementary home health care services and the inclusion of nursing in Belo Horizonte/Minas Gerais (Brazil)</p>	<p>Silva, Kênia Lara; Sena, Roseni Rosângela de; Silva, Paloma Moraes; Braga, Patrícia Pinto; Souza, Caroline Gomes de.</p>	<p>Acta paul. enferm; 25(3): 408-414, 2012.</p>	<p>ID: lll-641572</p>	<p>OBJETIVO: Analisar modalidades de serviço de atenção domiciliar discutindo a inserção da enfermagem. MÉTODOS: Estudo de caso qualitativo realizado em quatro operadoras de planos de saúde no município de Belo Horizonte/Minas Gerais. Os dados foram obtidos de entrevistas e acompanhamento de casos. RESULTADOS: Os serviços de atenção domiciliar são agrupados em três Modalidades: Cuidados prolongados no domicílio; Atenção provisória no domicílio e Uso intenso de tecnologias e de cuidados. Nas modalidades, a enfermagem assume ações assistenciais e de gestão do cuidado e qualifica a atenção por meio do uso apropriado das tecnologias leves. Há uma tendência à terceirização do serviço de enfermagem na atenção domiciliar. CONCLUSÃO: A inclusão do trabalho do enfermeiro nas modalidades de atenção domiciliar representa ao mesmo tempo um componente de redução de custos e contribui para a transição tecnológica pelo estabelecimento de novas formas de cuidado no domicílio.</p>	<p>Pode ser interessante comentar que para as operadoras de planos de saúde - de rede própria - as internações são mais custos, porém para as demais são fonte de receita acarretando conflitos ético por internações desnecessárias ou desospitalizações não recomendadas.</p>

## Custos e formação de preços nas operadoras de planos de saúde no Brasil

<p>Financial health and customer satisfaction in private health care providers in Brazil / Desempenho financeiro e satisfação do consumidor das operadoras de saúde suplementar no Brasil</p>	<p>Schiozer, Rafael Felipe; Saito, Cristiana Checchia; Saito, Richard.</p>	<p>Cad. saúde pública; 27(11): 2175-2187, nov. 2011.</p>	<p>lil-606626</p>	<p>Este artigo analisa a situação financeira das operadoras de saúde suplementar no Brasil, de acordo com a modalidade de gestão. Adicionalmente, examina os principais determinantes para a satisfação do consumidor desses serviços. Como indicador principal de saúde financeira, utiliza-se uma versão adaptada do z-score de Altman. A proxy para satisfação do consumidor é o nível de reclamações fundamentadas registradas junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar. Utilizamos uma amostra de 270 operadoras de saúde suplementar para o período 2003-2005, e regressões de dados em painel, com variáveis de controle de mercado, operacionais e de gestão. Os resultados principais indicam que (1) as operadoras de saúde se beneficiam de economias de escala; (2) as empresas que operam no modelo de autogestão têm situação financeira melhor que as demais; (3) as despesas com marketing não impactam a satisfação dos consumidores dos planos de saúde; (4) finalmente, encontra-se também alguma evidência empírica indicando que a boa situação financeira implica maior satisfação do consumidor.</p>	<p>Rentabilidade das operadoras x satisfação dos clientes</p>
<p>Regulação da saúde suplementar e estrutura etária dos beneficiários / Supplementary health care regulation and age structure of beneficiaries</p>	<p>Stivali, Matheus.</p>	<p>Ciênc. Saúde Colet; 16(9): 3729-3739, set. 2011. graf, tab</p>	<p>ID: lil-600740</p>	<p>O artigo expõe as mudanças das regras de reajuste das contraprestações por faixas etárias assim como as mudanças demográficas observadas entre 1998 e 2008. Avaliam-se, através do cálculo de indicadores de envelhecimento e da construção de pirâmides etárias, se as mudanças demográficas e a regulação provocaram alguma alteração na adesão da população jovem à saúde suplementar. Os indicadores mostram o envelhecimento populacional entre os beneficiários de planos de saúde, em especial entre os com planos de contratação individual, e também que isso não implicou abandono da saúde suplementar pelos jovens.</p>	<p>Reajustes de preços pela faixa etária.</p>



## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 Custos e Preços

É crescente a insatisfação dos brasileiros que usam planos de saúde, devido a uma série de fatores tais como exclusões de cobertura, barreiras de acesso para idosos e doentes crônicos, reajustes proibitivos de contratos, demora no atendimento, número de médicos, hospitais e laboratórios incompatíveis com a demanda e as necessidades de saúde dos usuários, baixa qualidade assistencial, problemas na relação entre planos e prestadores de serviços etc. A deterioração no atendimento tende a se agravar em função da expansão da comercialização de planos de saúde de baixo preço e rede insuficiente.

De acordo com os achados dessa revisão foi possível perceber que o uso dos termos custos e preços é apresentado de maneira abrangente e superficial e não há em nenhum dos estudos uma apuração precisa de números que evidenciem a composição dos custos e a formação dos preços.

Os artigos que falam do aumento da contraprestação e reajustes os apresentam como motivos à judicialização sendo que a maioria das pesquisas sobre judicialização da saúde concentra-se no estudo do fenômeno no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Um dos artigos que tenta desmistificar os critérios para o alto custo e preço fala com relação ao ajuste da mensalidade do idoso de forma geral. Como o acesso a bens e serviços de saúde é considerado um bem meritório, os seguros de saúde não funcionam totalmente como um seguro tradicional e envolvem sempre algum grau de compartilhamento de riscos, sendo um determinante importante do valor das contraprestações a forma como essa divisão é feita.

A Resolução n. 6/1998 do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU previa sete faixas etárias: 0 a 17 anos; 18 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; e 70 anos em diante e autorizava 500% de reajuste distribuídos entre elas.

Com a entrada do estatuto do Idoso - Lei n. 10.741/200328 ficou proibido a discriminação deste beneficiário com aplicação de reajustes por mudança

de faixa etária. A ANS editou a Resolução Normativa n. 63/200329, na qual manteve a possibilidade de reajustes de até 500% entre a primeira e a última faixa etária, mas mudou a padronização das mesmas. Previu-se a existência de dez faixas etárias, sendo vedado que o reajuste entre a 7ª e a 10ª faixa ultrapasse o previsto entre a 1ª e a 7ª: 0 a 18 anos; 19 a 23 anos; 24 a 28 anos; 29 a 33 anos; 34 a 38 anos; 39 a 43 anos; 44 a 48 anos; 49 a 53 anos; 54 a 58 anos; e 59 anos ou mais.

Na pesquisa jurisprudencial, foram encontradas decisões que reconhecem que a aplicação de um índice alto de reajuste por mudança de faixa etária quando o consumidor completa 59 anos nada mais é que uma burla à proteção do Estatuto do Idoso:

Com efeito, verifico que o reajuste praticado de forma exorbitante

aos 59 anos (128,55%), como no caso sub judice, tem o intuito de

burlar o Estatuto do Idoso, tendo em vista que este seria o último

reajuste por faixa etária permitido, diante do disposto no artigo

15, § 3º, do Estatuto do Idoso e da Súmula nº 91 deste E. TJSP.

(Apelação n. 1003895-23.2013.8.26.0704)

Outras abordagens falam sobre custos, porem apresentando como soluções para reduzir gastos e não necessariamente diminuir o repasse ao consumidor. Estratégias como implantação de programas para o controle e prevenção de riscos e patologias para promoção da saúde consideram interesses econômicos e pressupõe-se uma lógica de redução de custos que vai além da oferta de programas, são articulações que devem ser divididas entre as operadoras, prestadores de serviço porem acabam sendo compartilhadas as responsabilidades com os beneficiários através de incentivo a bons hábitos alimentares, práticas de atividades física, estilo de vida saudável. Assim são necessários pesquisas interdisciplinares para melhor compreensão e efetividade de seus programas de prevenção que minimizem custos das operadoras de planos de saúde privados com redução da

morbimortalidade e o engaje a qualidade de vida de seus beneficiários.

Outro problema apresentado nos artigos porem de maneira empírica não baseado em evidencias, mas podem incorrer em aumentos nos custos e preços da carteira é o assédio de fabricantes, fornecedores e distribuidoras de materiais – que oferecem ganhos econômicos em troca da utilização de marcas comerciais específicas, independentemente da efetiva indicação técnica e da necessidade do paciente contrariando o parecer técnico da Auditoria Médica da Operadora. Esse gasto incremental certamente é repassado nos preços a todos os beneficiários do plano.

A Internação domiciliar (ID) como opção para a desospitalização apesar de contribuir com a redução dos custos, gera conflitos éticos que surgem relacionados a assistência em meio a contextos familiares diversos que podem levar reclamações judiciais. Este fator também foi tratado por um dos artigos, mas sem detalhamento financeiro de quanto de fato um atendimento domiciliar pode diminuir em média o preço do plano.

## 5.2 Beneficiário sem informações

Um dos artigos traz à discussão a questão da informação assimétrica que faz com que o beneficiário compre e pague sem saber ao certo seus direitos, deveres e os custos incorridos quando da formação do preço do produto que lhe foi vendido. Este é o caso da UNIMED que com sua publicidade instiga o indivíduo à contratação mediante a convicção de que se trata de uma entidade única com atuação em âmbito nacional, não sendo informado ao filiado sobre a autonomia e a independência de suas unidades, o que reforça nele a ideia de que esse sistema lhe oferece uma maior gama de serviços e facilidades. Ainda deve-se considerar que a complexa estrutura de cooperativas prestadoras de serviço leva a responsabilização de toda a cadeia de fornecimento de forma solidária, uma vez que não se pode exigir do consumidor que conheça as intrincadas relações entre os diversos membros dessa cadeia. O fato de várias sociedades explorarem uma mesma

marca, ainda que com personalidades jurídicas distintas uma traz como consequência a possibilidade de serem acionadas a responder solidariamente pelas obrigações contratadas por qualquer delas justamente por não ter havido a informação clara ao consumidor acerca de eventuais diferenças no conteúdo dos serviços ou na cobertura oferecida por cada.

*A Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ), ao analisar recurso*

*interposto por uma das cooperativas médicas Unimed, decidiu que todas as empresas*

*operadoras desse grupo podem ser “acionadas para responder solidariamente pelas*

*obrigações contratadas por qualquer delas”*

*Verifica-se, então, que a responsabilidade solidária das cooperativas do Sistema Unimed, reconhecida pela decisão do STJ, decorre do dever de transparência, um dos direitos básicos do consumidor que obriga o fornecedor a prestar informações claras e adequadas sobre os serviços e produtos comercializados, e da boa-fé objetiva, que está ligada à lealdade que as partes devem manter em todas as fases da contratação, em respeito às legítimas expectativas criadas em seus parceiros contratuais.*

*(STJ, Resp 1377899/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO,*

*QUARTA TURMA, julgado em 18/12/2014, DJe 11/02/2015)*

A combinação da informação assimétrica com situações em que as operadoras são obrigadas a cobrar um mesmo valor de contraprestação gera a chamada seleção adversa, isso incentiva as seguradoras a tentarem selecionar seus clientes de forma a compor o pool mais saudável possível, realizando a chamada de seleção de risco. É esta característica deste mercado que justifica a regulação proibindo a discriminação dos beneficiários. Nos mercados de seguro, em geral, há a presença de risco moral. Ou seja, por conta dos incentivos gerados pelo seguro, é introduzido o risco de que o segurado passe a se comportar de maneira diferente do que na ausência do seguro. Neste contexto, a seleção adversa e a seleção de risco são inerentes ao setor de seguro saúde que sempre envolve, em algum grau, o compartilhamento de riscos e dos custos.

## 6 CONCLUSÃO

Os artigos se dedicam a falar sobre os gatilhos que geram altos custos e preços e as consequências dos preços abusivos praticados pelas operadoras que culminam nas judicializações tornando-se um círculo vicioso, mas não houve um debruçar-se sobre os critérios estatísticos, numéricos que compõem o custeio de uma mensalidade ou faixa de idade (ao menos uma amostragem) ou de como esse custo incremental com judicializações é repassado a toda carteira, como é o cálculo do compartilhamento de custos com as sinistralidades das faixas 7 a 10 para as demais, os custos diretos e indiretos que compõem o custeio do produto vendido e as margens adotadas pelas operadoras.

Coberturas, punições, carência, negativas de atendimentos, regulamentações, bioética e aqui se incluem questões tributárias, isenções fiscais, são fatores que influenciam os custos e preços porém não foram mensurados o seu % direcionador para o produto final.

## 7 REFERÊNCIAS

1. Martins PR do Dahinten B, Dahinten A. O PROBLEMA ENVOLVENDO AS OPMES E OS PLANOS DE SAÚDE: CONTORNOS E ANÁLISE DA PROBLEMÁTICA. RDisan [Internet]. 30jun.2016 [citado 22abr.2019];17(1):145-66. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/117052>
2. Scheffer M, Robba R. A RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DAS COOPERATIVAS QUE COMPÕEM O GRUPO UNIMED. RDisan [Internet]. 30jun.2016 [citado 22abr.2019];17(1):167-78. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/117087>
3. Silva Kênia Lara, Rodrigues Andreza Trevenzoli. Promoção da saúde no âmbito da saúde suplementar: relações e tensões entre operadoras, beneficiários e agência reguladora estatal. Saude soc. [Internet]. 2015 June [cited 2019 May 04] ; 24( Suppl 1 ): 193-204. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000500193&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500193&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015001017>.
4. Andraos Cláudio, Lorenzo Cláudio. Sistema suplementar de saúde e internação domiciliar de idosos na perspectiva da bioética crítica. Rev. Bioét. [Internet]. 2013 Dec [cited 2019 Apr 22] ; 21( 3 ): 525-535. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422013000300017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300017&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300017>.
5. Bahia L. Punição preventiva para coibir negação de coberturas. RDisan [Internet]. 3jul.2015 [citado 22abr.2019];16(1):146-55. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/117029>
6. Carvalho Regina Ribeiro Parizi, Fortes Paulo Antônio de Carvalho, Garrafa Volnei. A saúde suplementar em perspectiva bioética. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2013 Dec [cited 2019 Apr 22] ; 59( 6 ): 600-606. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302013000600015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000600015&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.06.017>.
7. Silva Kênia Lara, Sena Roseni Rosangela de, Silva Paloma Morais, Braga Patrícia Pinto, Souza Caroline Gomes de. Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG. Acta paul. enferm. [Internet]. 2012 [cited 2019 Apr 22] ; 25( 3 ): 408-414. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000300014&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300014&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300014>.
8. Schiozer Rafael Felipe, Saito Cristiana Checchia, Saito Richard. Financial health and customer satisfaction in private health care providers in Brazil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2011 Nov [cited 2019 Apr 22] ; 27( 11 ): 2175-2187. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001100011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100011&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100011>
9. Stivali Matheus. Regulação da saúde suplementar e estrutura etária dos beneficiários. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011 Sep [cited 2019 Apr 28] ; 16( 9 ): 3729-3739. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-)

81232011001000010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000010>.

10. TRETTEL D, KOZAN J, SCHEFFER MC. Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. RDisan [Internet]. 13jul.2018 [citado 5maio2019];19(1):166-87. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/148133>
  
11. Ramalho B. A INTERFACE INSTITUCIONAL ENTRE A ANS E O PODER JUDICIÁRIO: ANÁLISE DE ACÓRDÃOS SOBRE A COBERTURA DE EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM PLANOS DE SAÚDE. RDisan [Internet]. 30jun.2016 [citado 5maio2019];17(1):122-44. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/117050>