



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS (CCSA)
DEPARTAMENTO DE FINANÇAS E CONTABILIDADE (DFC)
CURSO DE BACHARELADO EM CIÊNCIAS ATUARIAIS (CCA)

ELIZABETHY PRISCILA DE LIMA BARBOSA

**PRECIFICAÇÃO DOS PLANOS E SEGUROS SAÚDE MEDIANTE AS
REGULAMENTAÇÕES GOVERNAMENTAIS: Resolução Normativa 63/03**

JOÃO PESSOA, PB

2019

ELIZABETHY PRISCILA DE LIMA BARBOSA

**PRECIFICAÇÃO DOS PLANOS E SEGUROS SAÚDE MEDIANTE AS
REGULAMENTAÇÕES GOVERNAMENTAIS: Resolução Normativa 63/03**

Monografia apresentada ao Departamento de Finanças e Contabilidade no Curso de Ciências Atuariais da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Atuariais.

Área de contratação: Saúde.

Orientador: Prof. Me. Herick Cidarta Gomes Oliveira.

JOÃO PESSOA, PB

2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

B238p Barbosa, Elizabethy Priscila de Lima.

PRECIFICAÇÃO DOS PLANOS E SEGUROS SAÚDE MEDIANTE AS
REGULAMENTAÇÕES GOVERNAMENTAIS: Resolução Normativa
63/03 / Elizabethy Priscila de Lima Barbosa. - João
Pessoa, 2019.

87 f.

Orientação: Prof Me Herick Cidarta Gomes Oliveira.
Monografia (Graduação) - UFPB/CCSA.

1. Saúde Suplementar. Precificação de saúde. RN 63/03.
I. Oliveira, Prof Me Herick Cidarta Gomes. II. Título.

UFPB/CCSA

ELIZABETHY PRISCILA DE LIMA BARBOSA

**PRECIFICAÇÃO DOS PLANOS E SEGUROS SAÚDE MEDIANTE AS
REGULAMENTAÇÕES GOVERNAMENTAIS: Resolução Normativa 63/03**

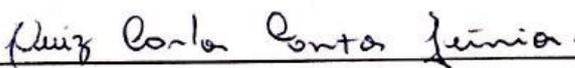
Monografia apresentada ao Departamento de Finanças e Contabilidade no Curso de Ciências Atuariais da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Atuariais.

Monografia aprovada em: 16 / 09 / 19

BANCA EXAMINADORA



Prof. Me. Herick Cidarta Gomes Oliveira
(Orientador)
UFPB



Prof. Dr. Luiz Carlos Santos Junior
Membro avaliador
UFPB



Prof. Me. Filipe Coelho de Lima Duarte
Membro avaliador
UFPB

*A minha mãe e meu filho,
que me inspiram motivação,
dedicação e esforço.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus primeiramente por sua infinita misericórdia em me proporcionar caminhos aos quais achava não ser capaz de passar e obstáculos que acreditei serem maiores que eu. E aqui estou eu no final do caminho ultrapassando o obstáculo que outrora achei inalcançável realizando um sonho de grande importância para mim.

A minha mãe, meu exemplo de vida, minha força, agradeço as orações e todo amor e compreensão ao longo deste tempo, ao meu precioso filho que a todo o momento mesmo sem entender me motivava e alegrava em momentos difíceis, minha motivação e força se encontram em vocês.

Agradeço a minha querida profa. Sheila Kataoka por iniciar este trabalho comigo e ao prof. Me. Herick Cidarta por ter me acompanhado até o fim, obrigada pela paciência, orientação e todo apoio para que este trabalho fosse realizado.

Ao grande atuário Nazareno Junior e a Samara Lauer, por toda ajuda e disponibilidade em me tirar as dúvidas que surgiam e incentivo a realizar este trabalho.

A todos os meus amigos minha imensa gratidão pela ajuda direta ou indiretamente e em especial minha querida e eterna amiga Suênia Karla (*In memoriam*) iniciamos este curso juntas e estou hoje concluindo por nós duas.

RESUMO

Este trabalho buscou analisar o efeito da regulamentação governamental Resolução Normativa 63/03 sobre a precificação dos planos e seguro saúde, através de simulação e a partir de dados de três bases de dados (A, B e C) de uma Operadora de Planos de Saúde Brasileira referentes ao período de out 2012 a set 2013. Realizando uma análise descritiva dos dados, e feita uma precificação a partir da classificação pré-estabelecida calculou-se os prêmios de risco, puro e comercial. Os resultados mostraram que a precificação com a regra indica um alinhamento dos prêmios comerciais, isto é, a variação que os preços antes possuíam e com a inclusão da regra gera preços uniformes, como também, o subsídio cruzado que a RN traz, com os jovens arcando com os custos dos mais idosos. Este pacto intergeracional traz em termos atuariais um desequilíbrio no plano, chegando assim ao desfecho que há uma necessidade de ajustes à regra considerando o envelhecimento populacional.

Palavras-Chave: Saúde Suplementar. Precificação de saúde. Planos e seguros de saúde. Regulamentação do governo. Resolução Normativa 63/03.

ABSTRACT

This paper aimed to analyze the effect of government regulation Normative Resolution 63/03 on the pricing of plans and health insurance, through simulation and from data from three databases (A, B and C) of a Health Plan Operator. October 2012 to Sep 2013. Performing a descriptive analysis of the data, and pricing from the pre-established classification, calculated the risk premiums, pure and commercial. The results showed that pricing with the rule indicates an alignment of trade premiums, that is, the variation that prices previously had with the inclusion of the rule generates uniform prices, as well as the cross subsidy that RN brings with young people bearing with the costs of the elderly. This intergenerational pact brings in actuarial imbalance in the plan, thus reaching the outcome that there is a need for adjustments to the rule considering population aging.

Keywords: Supplemental Health. Health pricing. Health insurance and plans. Government regulation. Normative Resolution 63/03.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Variação das Faixas etárias em até seis vezes.....	19
Figura 2 - Precificação considerando as dez faixas etárias	20
Figura 3 – Pirâmides Populacionais no Brasil – 1980, 1990, 2000, 2020 e 2050.	21
Figura 4 - Estrutura dos preços	23

LISTAS DE GRÁFICOS

Gráfico 1– Média das idades do nº de expostos e beneficiários estimados.....	33
Gráfico 2 – Proporção por faixa etária do nº de expostos.....	34
Gráfico 3 - Comparação de custo assistencial com e sem participação.....	42
Gráfico 4 – Precificação dos planos por tipo de segmentação.....	44

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 – Premissas Atuariais.....	27
Tabela 2 - Resumo da amostra de nº de expostos nas três bases e beneficiários estimados	33
Tabela 3 – Frequência de sinistros	35
Tabela 4– Custo médio.....	38
Tabela 5 – Custo per capita	40
Tabela 6 – Variações dos Prêmios Comerciais após regra	49

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CMN	Conselho Monetário Nacional
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
FENASAÚDE	Federação Nacional de Saúde Suplementar
FENASEG	Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IBA	Instituto Brasileiro de Atuária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MSE	Margem de Segurança Estatística
NTRP	Nota Técnica de Registro de Produto
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RN	Resolução Normativa
SIB	Sistema de Informações de Beneficiários
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
TCL	Teorema do Limite Central
TRC	Teorema do Risco Coletivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
1.1 Objetivos	8
1.1.1 Objetivo Geral.....	8
1.1.2 Objetivos Específicos.....	8
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
2.1 Seguro.....	10
2.1.1 Mutualismo.....	10
2.1.2 Contrato de seguro.....	11
2.1.3 Prêmio	12
2.1.4 Sinistros e Indenização.....	12
2.1.5 Risco	13
2.2 Seguro Saúde.....	14
2.2.1 Diferença entre Seguro Saúde e Plano de Saúde	15
2.2.2 Ressarcimento ao SUS.....	16
2.2.3 Normas e Legislação.....	16
2.2.4 Regulamentações.....	17
2.2.4.1 RN 63/03 - Variação de preço por faixa etária	18
2.3 Precificação.....	21
3 METODOLOGIA	26
3.1 Caracterização da Pesquisa.....	26
3.2 Coleta de Dados	26
3.3 Procedimentos Metodológicos	27
4 RESULTADOS.....	32
4.1 Apresentação dos dados.....	32
4.2 Análise Descritiva	32
4.2.1 Média das idades.....	32
4.2.2 Proporção por faixa etária	33
4.2.3 Itens de Despesa por tipo de procedimento.....	34

4.2.4 Custo assistencial	42
4.3 Análise da precificação dos planos de saúde	43
5 CONCLUSÕES	50
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICE.....	56
APÊNDICE A – Precificação dos planos de saúde – seguimento Ambulatorial	57
APÊNDICE B – Precificação dos planos de saúde – seguimento Hospitalar com obstetrícia Enfermaria	58
APÊNDICE C – Precificação dos planos de saúde – seguimento Hospitalar com obstetrícia Apartamento.....	59
APÊNDICE D – Precificação dos planos de saúde – seguimento Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia Enfermaria	60
APÊNDICE E – Precificação dos planos de saúde – seguimento Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia Apartamento	61
ANEXO	62
ANEXO A – Nota Técnica de Registro do Produto através da RDC nº 28/00	63

1 INTRODUÇÃO

Dentre as várias definições de seguro, a mais utilizada por muitos autores, e considerada como uma das mais completas defini o seguro como sendo uma operação em que, mediante o pagamento de uma pequena remuneração, o prêmio, um individuo, o segurado, promete para si próprio ou para outrem, no caso de um determinado evento, a que se dá o nome de risco, uma prestação de uma terceira pessoa, o segurador, que, assumindo um conjunto de riscos, os compensa de acordo com as leis da estatística e o princípio do mutualismo (SANTOS, 2003).

Percebe-se assim, que o seguro é estabelecido mediante um acordo/contrato onde o segurado passa a pagar um prêmio que lhe assegure, caso ocorra um evento futuro incerto (sinistro), receber uma indenização. Diversos são os tipos de seguros oferecidos à população, entre os quais se pode citar o seguro saúde.

A Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG) (2003) define seguro saúde, como uma proteção contra danos e determinadas doenças acometidas aos seus segurados, formalizadas por meio de um contrato, em que a seguradora reembolsa, bem como arca com despesas de condição médico-hospitalar que venham da ocorrência do sinistro estipulada no contrato, ao segurado. Juntamente com os planos de saúde o seguro saúde é uma atividade da Saúde Suplementar.

Os planos de saúde e seguro saúde são bastante confundidos ou até mesmo tidos como iguais, porém se diferem um do outro. Os planos de saúde oferecem seus serviços por meio de redes assistenciais credenciadas ou próprias e podem não oferecer reembolso; já o seguro saúde só pode ser oferecido serviços por uma operadora especializada em saúde garantindo cobertura de reembolso e seu beneficiário pode ou não aceitar rede referenciada indicada pela seguradora.

Do ponto de vista regulatório, os planos e seguro de saúde tem como órgão regulador, normalizador e fiscalizador a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vinculada ao Ministério da Saúde, de acordo com o Decreto nº 3.327/2000.

A regulamentação é um grupo de regras e ações do Governo para criação das normas, controle e fiscalização, na parte que é estudada do mercado por empresas para garantir o interesse público. Deste modo, algumas das competências

reguladoras da ANS consistem em estabelecer características de instrumentos contratuais que as operadoras de saúde devem conter, parâmetros quanto aos serviços oferecidos pelas seguradoras especializadas em saúde, critérios, obrigações, responsabilidades, e nos planos a incorporação como beneficiários ou credenciados em hospitais, clínicas, laboratórios ou qualquer entidade ligada à assistência a saúde (LIMA e OLIVEIRA, 2005). Vale salientar que a regulação não determina preços, porém, controlam o crescimento dos preços de planos de assistência à saúde.

O objetivo da regulação para a Saúde Suplementar¹ no país consiste em melhorar a qualidade dos contratos, ajudar na garantia de lucros das empresas, gerar incentivos que beneficiem os segurados. Além disso, a regulação trouxe crescimento de beneficiários, segurança das operadoras e seguradores de saúde, como também controle de preços, distribuição proporcional por faixa etária, trazendo assim impactos em muitos casos benéficos, ao setor, no resultado financeiro e atuarial (SANTOS *et al.*, 2008; ANS, 2002).

Para tanto, a regulamentação utilizada nesta pesquisa tratada variação de preço por faixa etária, respeitando as dez faixas estabelecidas pela Resolução Normativa (RN) nº 63/03. Por meio dela, limita-se a formação dos preços entre as faixas, onde o valor fixado para a última faixa não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa, a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e sétima faixa (ANS, 2002).

Assim estes reajustes possibilitam o evento chamado “Pacto intergeracional”, isto é, a mensalidade dos idosos que ultrapasse seis vezes o limite, é paga pelas faixas mais jovens que contribuem no custeio dos planos e seguros dos mais idosos, tornando assim planos um pouco caros para este perfil (SANTOS *et al.*, 2008; ANS, 2002).

Neste seguimento, torna-se uma tarefa fundamental para as operadoras de saúde criar uma alternativa que ofereça ao consumidor satisfação com o produto adquirido, além de garantir a permanência do cliente, tendo por alternativas e fatores decisivos o preço e a qualidade do produto.

¹ Saúde Suplementar é a atividade que abrange as operações dos planos ou seguros de saúde privados.

Para formação do preço, Bruni e Famá (2012, p. 253) advertem que “um processo de tomada de decisão em que os custos exercem papel fundamental é representado pela formação dos preços dos produtos que serão vendidos ou comercializados”, tal formação do preço caracteriza-se como precificação, isto é, um valor atribuído a um produto ou serviço.

No entanto, a composição do preço baseia-se na influência de vários fatores, muitos deles fora do controle das entidades, tais como: a regulamentação do governo, as condições do ambiente socioeconômico, a concorrência do mercado e os parâmetros de consumo da população, desses fatores, parte a necessidade de uma correta avaliação para determinação dos preços (RAMALHO, 2002).

No caso dos planos e seguros de saúde, para uma melhor clareza da precificação do serviço executa-se uma avaliação atuarial, estudo técnico realizado por um atuário, fundamentado nas características biométricas, demográficas e econômicas da população explorada, possuindo propósito, nesse caso, de prevenir os impactos gerados por envelhecimento populacional, tecnologia, epidemias, leis, fatores esses que contribuem para aumento dos preços(ANS, 2011).

Assim, uma avaliação atuarial mostra de maneira clara os meios adequados para os preços e pagamento dos benefícios e, nesse seguimento é necessária tal avaliação para as operadoras dos planos privados por delimitar uma melhor clareza em relação aos preços, crescimento e funcionamento, observando as variáveis que possivelmente interfiram no preço dos seguros.

Um dos fatores que alteram os preços chama-se seleção adversa, onde há assimetria de informação entre ambas as partes, e dependendo do grau na assimetria das informações, poderá não haver preço que viabilize a cobertura dos riscos (PANCEVSKI, 2005).

Deste modo, o Art. 3º da Resolução Normativa nº 400/16 da ANS afirma que é válido realizar um acompanhamento econômico-financeiro onde contenham um grupo de ações de caráter constante e permanente fundamentais em função do processo das transações e eventos que podem afetar o cenário patrimonial, econômico, financeiro, administrativo, e societário das operadoras.

Sendo assim, o objetivo desta pesquisa é de examinar, no estudo dos preços dos planos e seguro saúde as interações com as regulamentações estabelecidas, para melhor clareza do cenário do mercado para as operadoras de saúde através de uma simulação da precificação dos planos de saúde.

Diante do exposto, busca-se investigar: **quais os impactos evidenciados nos planos e seguro saúde diante da regulamentação do governo RN 63/03 advindas das precificações atuariais?**

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Comparar o impacto da RN 63/03 sobre os planos de saúde através de simulação da precificação.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever as variáveis que estabelecem os preços dos planos e seguro saúde.
- Comparar o resultado atuarial do plano de saúde com e sem regulamentações.
- Analisar o impacto na avaliação atuarial

1.2 Justificativa

O crescimento do número de empresas dos planos e seguros de assistência à saúde tornou-se significativo até o fim dos anos de 1990, porém desenvolveu-se em um cenário empresarial de baixa regulação, pela falta de barreiras de entradas e saídas e de limites para diferenciação de produtos, e também o desapontamento dos incentivos de natureza fiscal. Tais condições abriram as portas para ampliação de clientes e empresas no ramo da saúde (BRASIL, 2004).

O marco regulatório advindo da Lei nº 9.656/98 e a criação da ANS vieram para modificar significativamente esse cenário com a definição de novas regras de proteção aos consumidores e de entrada e saída no mercado e pelo controle à distinção de produtos, através da proibição de sua divisão. Apesar disto, estudos indicam que o setor de planos e seguros de assistência à saúde continua a crescer. Ainda no ano da regulação os planos praticamente triplicaram, passando de 483 para 1.396 um aumento em cerca de 189,03% em 3 anos, em abril de 2002 já possuíam 1.775 empresas ativas no setor (BRASIL, 2004).

Em 2016 os planos privados de saúde alcançaram contratações de 33.497 planos privados de saúde conforme Caderno de Informação da Saúde Suplementar, e em 2017 esse número subiu para 54.081, um aumento de 61,45% no decorrer de um ano (ANS, 2017). Uma explicação para esse aumento pode ser a pouca qualidade e insatisfação dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que tem contribuído para o crescimento dos planos e seguros de saúde vindos das famílias de classe média. Como afirma Laurel (1995) o perecimento dos serviços de saúde pública e suas limitações em termos de cobertura e qualidade são fenômenos que influenciam no surgimento do setor privado e acaba deslocando o setor público para segundo plano.

Deste modo, faz-se necessário um aprofundamento do conhecimento em relação ao modelo de saúde brasileiro, visto que a norma de regulamentação do sistema de medicina do Brasil com base Lei nº. 9.656/98 requer dos profissionais técnicos e atuários uma adequada precificação de seu seguro, para as instituições privadas tanto para um melhor funcionamento no mercado, quanto para identificar as viabilidades e rentabilidades do mesmo. Diante desse contexto, **a pesquisa busca evidenciar quais impactos o regime regulatório da RN 63/03 trouxe para as operadoras de planos de saúde em relação ao preço e resultado atuarial e sua operação no mercado de saúde.**

Com isso uma comparação da precificação dos planos de saúde privados oferecerá uma melhor clareza se há viabilidade e distorções quanto ao plano de saúde e sua operacionalidade mediante as restrições.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Seguro

O seguro teve início no século XIII a.c. na Babilônia a partir dos comerciantes de camelos que se encontravam preocupados com as travessias de seus animais no deserto, temendo a possibilidade de perderem seus animais, eles acordavam entre si que se caso o evento ocorresse, a perda dos camelos por morte ou desaparecimento, entregariam outro animal ao grupo prejudicado (SOUZA 2007; LUCAS FILHO, 2011).

As primeiras empresas de seguros surgiram por volta do século XVII inicialmente com procedimentos primários e escassos, e somente no século XIX os seguradores particulares foram totalmente alterados por empresas seguradoras. O seguro passou a se desenvolver com a evolução do cálculo das probabilidades, à proporção que se tornou possível analisar melhor o risco ao qual o segurado estivesse interessado (GUERREIRO, 2004).

A própria palavra seguro já traz a ideia de proteção, prevenção, precaução, assim o seguro é baseado através do princípio do mutualismo onde se explica através da formação de um grupo de pessoas seguradas que tenham interesse em comum de se resguardarem, e repartirem o risco de eventos não previstos (sinistros) constituído por uma reserva econômica, calculada estatisticamente e coberto por um documento denominado apólice (FENASEG, 2003; SOUZA 2007; LUCAS FILHO, 2011).

No seguro existem três princípios fundamentais em sua realização, a lei dos grandes números, o cálculo das probabilidades e o mutualismo. São importantes em sua criação estrutural, porém dentre os três, o mais dominante é o mutualismo (GUERREIRO, 2004; LUCAS FILHO, 2011).

2.1.1 Mutualismo

De acordo com a Resolução nº 02/14 do Instituto Brasileiro de Atuária (IBA), o mutualismo é definido por uma relação entre membros de um grupo, onde suas exigências são utilizadas para propor e garantir benefícios aos seus

participantes, e relaciona à união de esforços de muitos em favor aleatório de alguns elementos do grupo.

O mutualismo na atividade atuarial surge e é ligado com a correlação de dois princípios essenciais que constituem toda operação de seguro: a solidariedade e a boa-fé, sendo eles a certeza da palavra do segurado ao alegar suas condições no contrato ou em sua adesão, e da parte do segurador o comprometimento à proteção do seguro como afirma a Resolução nº 02/14 do IBA.

O mutualismo consegue dividir entre um grande número de pessoas a obrigação e consequência da realização do risco segurado. O agrupamento deste elevado número de expostos ao mesmo risco promove um equilíbrio similar entre o valor pago do segurado e a indenização do segurador. Portanto, segundo o princípio do mutualismo, o seguro consegue diminuir o prejuízo e deste modo completa sua função fundamental, a de oferecer ao segurado a garantia procurada (GUERREIRO, 2004). O seguro tem por principais elementos na sua realização: o contrato de seguro, o prêmio, os sinistros e indenizações e o risco.

2.1.2 Contrato de seguro

No Brasil temos por definição do contrato de seguro o Código Civil Brasileiro (CCB) de 1916 Art. 1.432 – “Considera-se contrato de seguro aquele pelo qual uma das partes se obriga para com a outra, mediante pagamento de um prêmio, a indenizá-lo do prejuízo resultante de riscos futuros”.

O contrato de seguro é formalizado por meio de um documento chamado apólice onde constam os direitos e deveres do segurado e da seguradora. As características do contrato de seguro apresentadas por CALDEIRA (1997) e LUCAS FILHO (2011) são:

- a) Bilateral – Produz obrigatoriedade em ambas as partes, segurado e seguradora;
- b) Aleatório – O segurador compromete-se a pagar uma indenização por um risco incerto, que pode ou não ocorrer;
- c) Oneroso – Os gastos para seguradora e segurado. A vantagem econômica de passar o risco para seguradora traz ao segurado gastos como

pagamento do prêmio, em contrapartida a seguradora compromete-se a indenizar caso o evento ocorra e esteja coberto no contrato;

d) Solene – Constitui-se na formalização do contrato. Atestada pela apólice onde conterà cláusulas, declarações e condições assinada pelo segurado;

e) Nominado – Sendo um contrato de seguro regulado e disciplinado por lei, configurando-se através do Código Civil Brasileiro e do Código Comercial Brasileiro;

f) De boa-fé – Indispensável em qualquer contrato, sendo o segurado verdadeiro e completo nas informações e detalhes que possa influenciar na aceitação ou não do risco;

g) De adesão – As condições da apólice são padronizadas. Com as informações recolhidas do segurado, a seguradora elabora e oferece o contrato pronto e acabado, sem opção de mudança para o segurado que o aceita ou desiste da cobertura.

2.1.3 Prêmio

Em seguros o prêmio não está associado a uma recompensa. Quando realizado o contrato de seguro, o segurado compromete-se a pagar pelo risco previsto no contrato, o valor desse pagamento antecipado chama-se prêmio (LUCAS FILHO, 2011).

O prêmio é a importância paga pelo segurado em troca do reparo de um dano a um acontecimento de um sinistro no qual o segurado esteja exposto, tal prêmio deve corresponder ao valor do risco exposto. Sendo assim, o segurado paga valores (prêmios), e só recebe a troca apenas se ocorrer o sinistro em valores (indenizações) em quantias que se comparam maiores com as que pagaram (SANTOS, 2003).

2.1.4 Sinistros e Indenização

Os sinistros são eventos não previstos, isto é, são riscos segurados que estão cobertos pelo seguro obrigando legalmente a seguradora a indenizar seu segurado. Com isto, sendo obrigação da seguradora promover o retorno após o

sinistro ocorrer, que cause prejuízo econômico ao segurado, tal retorno que se denomina indenização (SANTOS 2003; LUCAS FILHO, 2011).

A ocorrência do sinistro tem forte importância no seguro, que interfere totalmente as relações entre o segurado e o segurador, pois o sinistro dá origem às obrigações contratuais e legais a cargo do segurado, como também a origem do direito de ser indenizado e o sinistro devem proceder do risco assumido pelo segurador fixado em contrato.

O acontecimento do sinistro traz ao segurado a indenização, que representa o reparo através de um pagamento em dinheiro realizado pela seguradora, reembolsando ou repondo algo danificado aos prejuízos procedentes do sinistro dentro das condições do contrato.

2.1.5 Risco

Os riscos são eventos aleatórios incertos no qual não obedece a lei e independem da vontade humana (LUCAS FILHO, 2011).

O risco é a parte essencial do seguro, sem o risco não pode haver um contrato, dado que é ele quem reproduz individualmente cada formato do seguro, seu acontecimento é possível, porém futuro e incerto, não dependem particularmente do segurado e segurador seja na realização (incêndio, furto, acidente, doença etc.) ou no momento em que deverá produzir (morte), do qual a ocorrência obriga o segurador a indenizar o segurado pelo prejuízo a ele auferido. Ao risco realizado ou a sua ocorrência é dado como sinistro, concluindo que o sinistro é o risco na situação de realização e o risco é o sinistro na situação de acontecimentos imprevisto, tornando o risco uma expectativa do sinistro (GUERREIRO, 2004).

Contudo, o seguro atua como um administrador do negócio, onde ambas as partes negociam as consequências econômicas do risco, a seguradora recebe o prêmio do segurado e paga a indenização do prejuízo advindo do sinistro, coletando um percentual pela administração, isto é, uma passagem do risco do segurado para o segurador por um acordo legal, através do contrato de seguro, recebendo clareza nas informações de exposição ao risco para firmar o contrato, contribuição (prêmio), para ser pago a indenização pelo sinistro ocorrido.

2.2 Seguro Saúde

A preocupação com a saúde vem aumentando cada dia mais na vida das famílias, os altos custos com despesas médico-hospitalares, e a precariedade dos serviços públicos acabaram atraindo grande parte da população brasileira a contratar um seguro ou plano de saúde para obterem mais tranquilidade (FUNESEG, 2017).

O seguro saúde é definido como uma garantia de atendimento médico-hospitalar ao segurado ou a seus dependentes em caso de danos ou doenças, garante o pagamento do reembolso ao seu segurado, ou também arca com despesas de condição médico-hospitalar que venham da ocorrência do sinistro estipulada no contrato (FENASEG, 2003; PARIZATTO 2010).

O seguro saúde foi criado no Brasil em 1966, mas só teve início oficial a partir de 1980, antes da Lei nº 9.656/98 as seguradoras especializadas em saúde eram reguladas e fiscalizadas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) e Conselho Monetário Nacional (CMN) até 1999 pelo Decreto Lei nº 73/66, porém foi redefinido a partir da Lei nº 9.961/00. Esta mesma lei cria e torna a ANS a nova reguladora e fiscalizadora do seguro saúde. Desde então o seguro saúde vem crescendo no país como um importante dispositivo de garantia à saúde, oferecendo cobertura de gastos de assistência médico-hospitalar, através dos planos de adesão coletiva ou individual.

O setor de saúde suplementar que oferta os planos e seguros de saúde atendem cerca de 28% correspondendo a mais de um terço da população brasileira, atualmente existem 1.219 operadoras com beneficiários, disponibilizando os serviços de milhares de médicos, dentistas e outros profissionais da área, hospitais, laboratórios e clínicas, são 71 milhões de beneficiários consumidores dos planos privados de assistência à saúde, sendo cerca de 47 milhões em planos de assistência médica e 24 milhões em planos de assistência odontológica (ANS, 2019; FUNESEG, 2017).

Sendo atividades da Saúde Suplementar, os planos de saúde e seguro saúde, o segurado pode optar por escolher uma dentre elas, contudo as duas possuem diferenças entre si.

2.2.1 Diferença entre Seguro Saúde e Plano de Saúde

Os planos de saúde e seguro saúde são relativamente divergentes. O que difere é que o plano possui uma carteira de conveniados onde os integrantes podem escolher o local a serem atendidos desde que tenham convênio com este determinado plano e, não ultrapassando os serviços oferecidos, enquanto no seguro saúde é imprescindível o reembolso e o segurado possui livre acesso de escolha do local e quem prestará o serviço, fixando a incumbência do que está estabelecido no contrato (AZEVEDO, 2008).

A FENASEG (2003) explica que diferente das empresas que atuam nos planos de saúde, as operadoras de seguro saúde não podem manter ou administrar instituições de saúde, nem possuir equipe médica que prestem assistência a seus segurados, elas oferecem a livre escolha dos prestadores de serviços: médicos, dentistas, clínicas especializadas, laboratórios e hospitais colocando à disposição uma Rede Referenciada², tais despesas referentes aos serviços prestados que estejam cobertas no contrato são reembolsadas ao segurado que precisa comprovar mediante apresentação de nota fiscal ou recibo, ou diretamente a rede referenciada.

Esta diferença entre plano de saúde e seguro saúde é reconhecida pela Lei nº 10.185/01 e pela ANS, onde regulamenta de modo específico as seguradoras de saúde. Contudo tanto o plano de saúde quanto o seguro saúde são normatizados, controlados e fiscalizados pela ANS(AZEVEDO, 2008).

No seguro saúde o reembolso é a regra, como também é o que o diferencia dos planos de saúde, sendo nos demais planos o reembolso pouco comum e muitas vezes restrito a classes de rendas mais altas. Mediante o contrato entre segurado e seguradoras ambos, planos e seguros, oferecem serviços de assistência médica diferenciados, com maior ou menor cobertura, podendo escolher entre contratos individuais ou familiares e contratos coletivos empresariais ou por adesão (FUNESEG, 2017).

Quando utilizados pelos beneficiários os serviços médicos, hospitalares e odontológicos de instituições públicas ou privadas associados ao SUS às operadoras obrigatoriamente devem ressarcir as despesas ao mesmo.

²Rede Referenciada, contratada ou credenciada de acordo com a ANS é o conjunto de profissionais e estabelecimentos de saúde, incluindo médicos, consultórios, laboratórios, clínicas e hospitais, indicados pela operadora do plano de saúde para atendimento aos beneficiários.

2.2.2 Ressarcimento ao SUS

O ressarcimento ao SUS acontece quando os beneficiários do seguro ou plano são atendidos pelo SUS. De acordo com o art. 32 da Lei nº 9.656/98 da ANS, as seguradoras e/ou operadoras de planos privado de assistência à saúde, são obrigadas a ressarcir ao SUS despesas ocasionadas pelo inesperado atendimento de seus beneficiários cujos serviços estejam cobertos no contrato.

Para que aconteça o ressarcimento, a informação do atendimento é registrada no sistema de informação do SUS e encaminhada à ANS que realiza a troca de informação dos dados com o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) do qual é fornecido o cadastro de usuários pelas operadoras dos planos privados de saúde (ANS, 2017).

O valor arrecadado é repassado ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), sendo o gestor financeiro dos recursos, este valor é reaplicado em programas prioritários do Ministério da Saúde (ANS, 2017).

Portanto, o ressarcimento pode ser visto como um forte mecanismo de regulação, onde mostra o comportamento das operadoras em relação ao cumprimento dos contratos de seus beneficiários, e se dispõem de uma rede de atendimento adequada.

2.2.3 Normas e Legislação

As normas e legislações dos planos e seguros privados de assistência à saúde advêm da criação da ANS pela Lei 9.961/00, cujo objetivo dessa agência é regular, controlar, normatizar e fiscalizar as atividades que asseguram a assistência suplementar à saúde.

Sendo a ANS um regime especial, isto é, um ente público que possui liberdade para atuar, ligada ao Ministério da Saúde que celebra a cada ano um contrato de gestão com a mesma definindo suas metas. As suas atividades são acompanhadas pela Câmara de Saúde Suplementar, uma instituição composta por representantes do governo e da sociedade, ela integra a estrutura da ANS, tendo caráter permanente e consultivo (FUNESSEG, 2017).

A ANS possui atribuições de criar normas jurídicas que regulamentem as exigências de registro das operadoras de saúde, promovem proteção quanto ao interesse público na saúde suplementar, regula as operadoras do setor de saúde, estabelecem os conteúdos básicos dos contratos entre as operadoras e os beneficiários, condições e reajustes dos preços dos planos e seguros de saúde, operando para o desenvolvimento das ações de saúde no país, entre outros, sua ampla competência normativa se encontra no art. 4º da lei que criou a ANS.

Foi criada também a Lei 10.185/00 que estabelece o formato da seguradora especializada e dispõe sobre o ramo de especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

Portanto as normas e legislações vieram através da ANS para ser estabelecidas regras ao qual trouxessem proteção ao consumidor, limitando a diferença entre os produtos, e definindo a entrada e saída das operadoras dos planos de assistência à saúde suplementar.

2.2.4 Regulamentações

Para a saúde suplementar são muitas as normas e legislações aplicadas às operadoras e/ou seguradoras de saúde, dentre elas, algumas citadas na Lei nº 9.656/98 da ANS são:

- a) As regras referentes à cobertura por doenças ou lesões preexistentes como AIDS, câncer, transplante de rins, etc., sendo impedidas as operadoras e seguradoras de negar assistência;
- b) O plano referência, onde garanta cobertura assistencial hospitalar e ambulatorial, com atendimento de obstetrícia, possuindo como padrão de internação uma enfermaria entre outros, sendo obrigatória o plano referência em todas as operadoras;
- c) A redação de instrumento contratual, como as condições de admissão, início da vigência e carência, tipos de contratação, faixas etárias e percentuais de variações, sendo vedada a variação para os consumidores com mais de sessenta (60) anos e etc.;
- d) A rede de atendimento, como a inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado, as condições de

prestação de serviços de atenção à saúde e a aceitação por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde;

e) A estruturação para a proteção dos consumidores pelo Código do Consumidor citadas e a Súmula Normativa 19/2011 onde diz que a compra e os acessos aos serviços dos planos e seguros de saúde não podem impedir ou dificultar em razão da idade, por portar deficiência ou condição de saúde e os locais de venda devem ser apropriados a atender qualquer consumidor ou beneficiário sem qualquer restrição;

f) A operadora deverá dispor de registro e autorização de funcionamento; apresentar relatórios econômicos e financeiros e cadastro do beneficiário.

Para tanto a operadora estará exposta a fiscalização da agência reguladora a ANS, sendo obrigadas a fornecer regularmente todas as informações e estatísticas de suas atividades (BRASIL, 2004; ZANITELLI, 2007; ANS, 2017).

Com isto, as restrições vieram com o objetivo de corrigir e designar o funcionamento do setor de saúde suplementar, separando a responsabilidade de cada participante, o consumidor, prestadora e operadora.

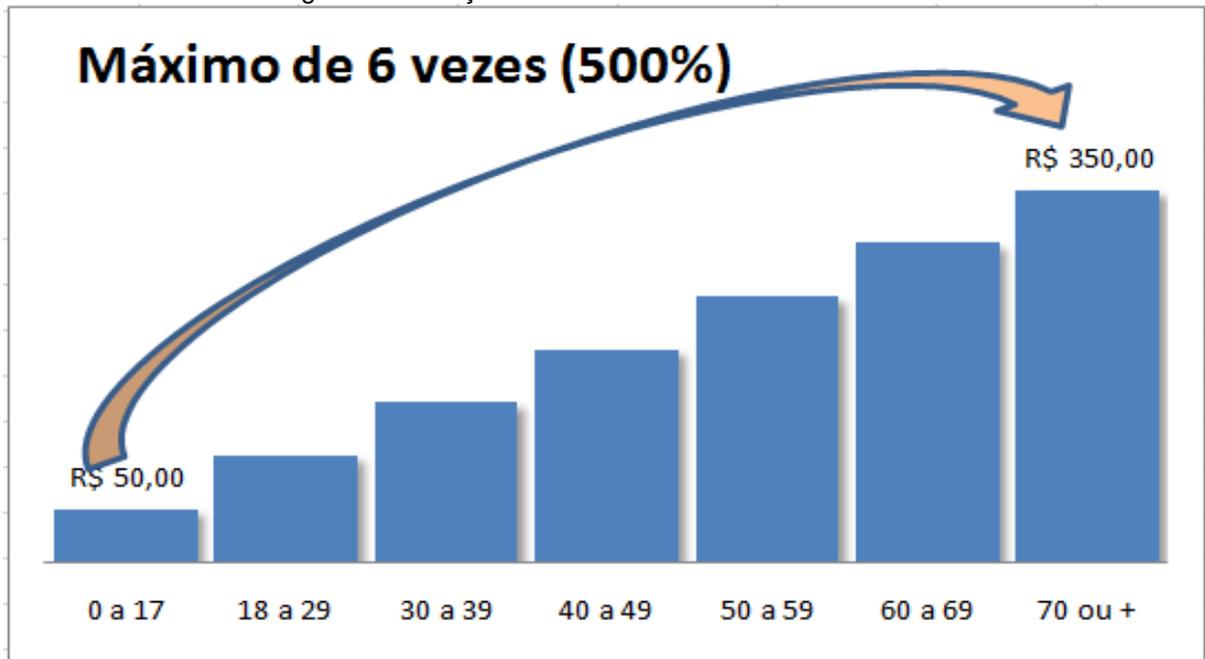
Diante do exposto, seguindo as normas e legislações referentes às restrições, o seguro saúde busca garantir assistência à saúde, o acesso, o atendimento por profissionais ou serviços de saúde que integrem ou não à rede credenciada, contratada ou referenciada, livremente escolhida pelos beneficiários, e ao SUS o ressarcimento dos gastos causados por beneficiários dos planos e seguros de saúde caso utilizem o sistema público.

2.2.4.1 RN 63/03 - Variação de preço por faixa etária

A regulamentação escolhida para a presente pesquisa trata-se da variação de preço por faixa etária. Esta regulamentação foi iniciada pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) nº 06/98, que determinou a formação do preço em até as seis faixas etárias, conforme figura 1, disciplinando os contratos realizados ou ajustados entre 1999 e 2003. Com este limite de faixas os mais jovens arcariam com os custos dos mais idosos o chamado “Pacto intergeracional”, pois

seus gastos ultrapassam seis vezes essa relação. Com isso os mais jovens não seriam onerados, porém os mais idosos pagariam um preço mais alto.

Figura 1 - Variação das Faixas etárias em até seis vezes



Fonte – Elaboração Própria, adaptado ANS, 2002.

Com a vigência do Estatuto do Idoso provocou-se alterações na regulamentação, em função da Lei nº 10741/03:

“Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.”

“Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. (...)”

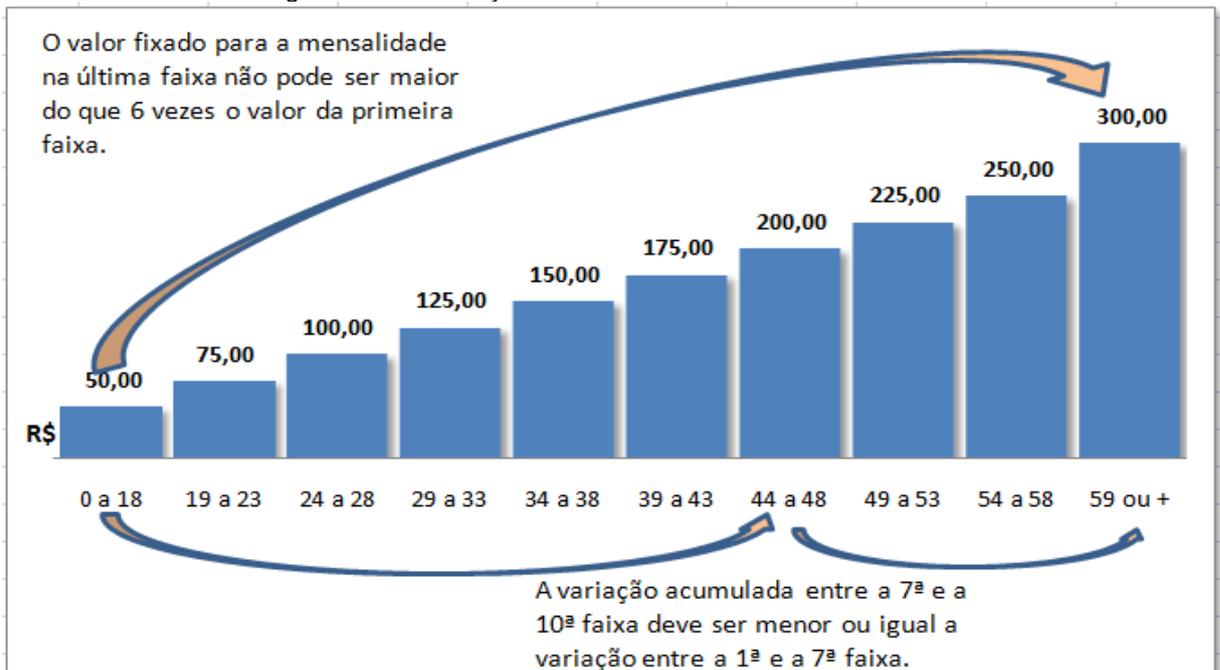
§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.”

Sendo assim publicada a Resolução Normativa nº 63/03, regularizando os contratos realizados, possuindo agora dez faixas etárias, com algumas limitações na formação do preço de acordo com a ANS, sendo elas:

- a) o valor fixado para a décima faixa não poderá ser maior que seis vezes o valor da primeira faixa;

- b) a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser maior que a variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa;
- c) as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos. (Incluído pela RN nº 254, de 06/05/2011).

Figura 2 - Precificação considerando as dez faixas etárias



Fonte: Elaboração Própria, adaptado FenaSaúde, 2018.

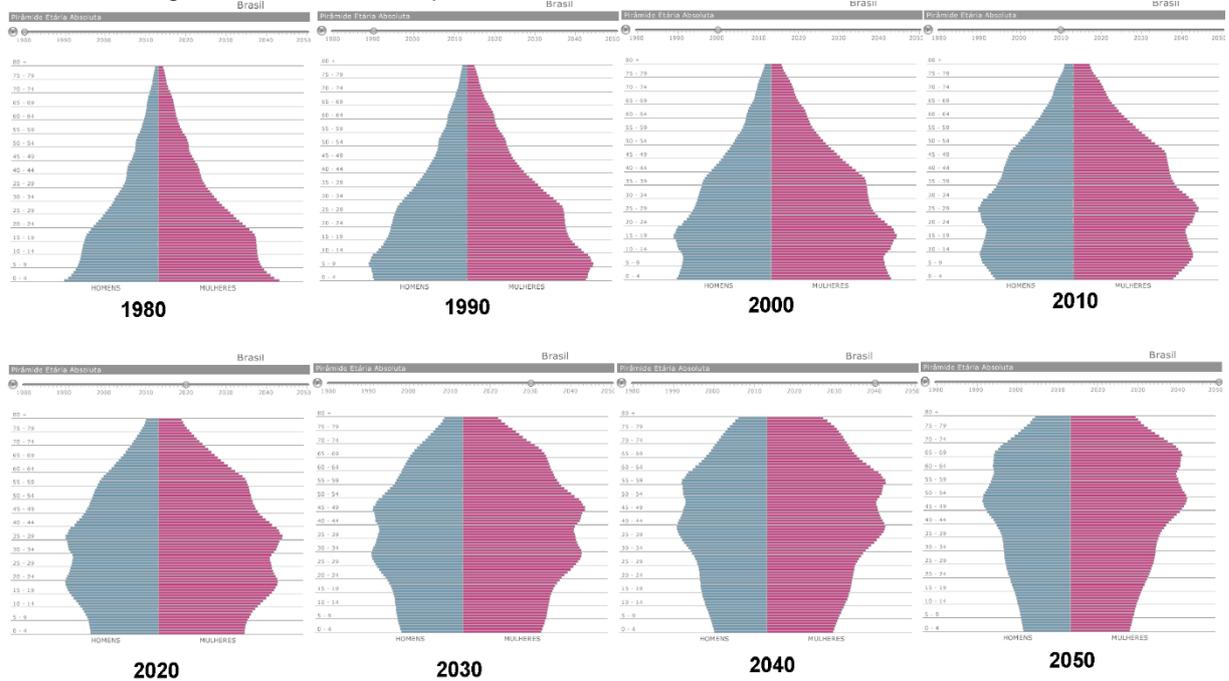
Atualmente é utilizado o Pacto Intergeracional na metodologia de precificação, a parcela de gastos dos idosos que supera o limite de seis vezes é paga pelas faixas mais jovens, ocorrendo uma repartição dos custos entre as faixas menores que a última contendo também limites para o grau de financiamento dos mais idosos pelos mais jovens (ANS, 2002).

Em consequência a então nova regulamentação o Pacto Intergeracional obteve uma faixa jovem com menor custo pagando um valor maior que seu perfil em função da parte do custo dos mais idosos, e com a faixa jovem arcando com esse custo gera estímulo de beneficiários idosos em aderir ao plano.

Um fator preocupante decorre do aumento da população idosa (+65 anos), em 1950 ela correspondia a 3% da população e deverá chegar a 17,3% em 2050. Em longo prazo crianças e idoso possuirão pesos semelhantes em relação à população total, a pirâmide etária que antes possuía forma de triângulo passará a possuir forma de retângulo (ANS, 2002), conforme figura 3. Apesar de uma redução

na taxa de crescimento populacional, há um aumento da população mais idosa (IBGE, 2017).

Figura 3 – Pirâmides Populacionais no Brasil – 1980, 1990, 2000, 2020 e 2050.



Portanto com a preocupação da sustentabilidade dos planos e seguros de saúde envolvendo o pacto intergeracional, como forma de prevenção aos impactos ocasionados e seu crescente aumento de população idosa, torna-se importante avaliar o corrente modelo de precificação dos planos e seguros de saúde.

2.3 Precificação

A determinação do método adequado para formação do preço de uma operadora ou seguradora de saúde requer um aprofundado e detalhado estudo sobre a empresa e seus interesses. São utilizados vários modelos que irão de acordo com a necessidade de cada empresa e seu ambiente externo.

A presente pesquisa utilizou o modelo de precificação de risco, este procedimento examina o máximo as alternativas que o meio apresenta e procura minimizar os efeitos negativos trazidos pelo mercado. Em qualquer área de mercado o preço origina-se dos custos. A saúde suplementar se enquadra da mesma forma,

os custos são extraídos das utilizações dos beneficiários dos serviços médico-hospitalares que servem como base de cálculo do preço (RAMALHO, 2002; MACIEL JUNIOR, 2016).

Para a formação do preço utilizam-se as seguintes denominações: prêmio estatístico (ou prêmio de risco), prêmio puro e prêmio comercial. RAMALHO (2002) e LUCAS FILHO (2011) trazem as seguintes definições quanto às denominações para formação do preço:

a) Prêmio estatístico ou prêmio de risco

Pegando por base observações estatísticas, consegue-se calcular o prêmio de risco, deste modo chama-se prêmio de risco a divisão simples dos prejuízos entre os participantes do seguro. Sendo assim, o prêmio de risco representa o custo dos sinistros dos planos e seguros, o valor necessário que assegure o pagamento às ocorrências dos planos e seguros.

b) Prêmio puro

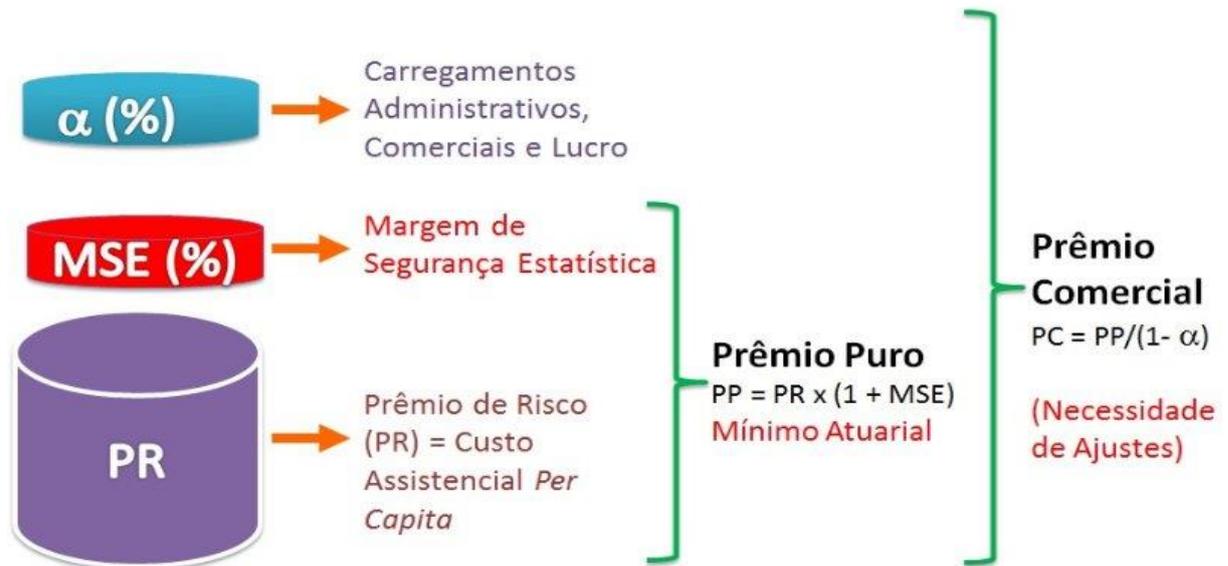
Considerando a chance do prêmio de risco não ser suficiente para cobrir os sinistros futuros, verifica a necessidade de adicionar a ele um “fundo”, isto é, um carregamento e/ou margem de segurança designado a cobrir flutuações aleatórias do prêmio de risco acima da média. Este prêmio denomina-se prêmio puro, um prêmio de risco acrescido de um carregamento de segurança. O prêmio necessário para cobrir com determinada probabilidade sinistros futuros.

c) Prêmio comercial

O valor que é cobrado pela seguradora aos seus beneficiários para assumir o risco estabelecido no contrato é chamado de prêmio comercial. O prêmio comercial representa o prêmio puro como acréscimo de um carregamento capaz de cobrir as despesas administrativas gerais da seguradora ou operadora.

A figura 4 ilustra a composição de cada um dos prêmios citados anteriormente.

Figura 4 - Estrutura dos preços



Fonte: Maciel Junior, 2016.

Diante do contexto, nota-se que para formação do preço admite-se um vasto conhecimento da empresa, com relação aos parâmetros e organização dos preços, dos custos, como, também, a necessidade de obter o conhecimento do ambiente macro ao qual a empresa está alocada.

Na precificação dos planos e seguros de assistência à saúde suplementar além de tais fatores ela também sofre a influência das mudanças dos custos variáveis, e nos custos assistenciais: as leis governamentais, epidemias, avanço da tecnologia, são fatores que contribuem para o crescimento da sinistralidade, provocando assim um aumento nos preços em longo prazo, no entanto, para amenizar tais questões os preços precisam estar bem definidos para manter o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras.

2.4 Estudos Anteriores

Segundo Zanitelli (2007) segurados que contrataram planos de saúde após a entrada em vigor da nova lei 9.656/98 como também daqueles que já contavam com cobertura de plano de saúde em 1998 e preferiram se submeter às regras da nova lei apresentam dados mais seguros acerca de suas características.

Ramalho (2002) mostrou através de seu estudo que as operadoras de saúde ao formarem condições adequadas do preço ou serviços estão correspondendo às necessidades dos clientes e que para o cálculo de precificação dos planos é

necessário ao atuário compreender as raízes da operadora seus objetivos e necessidades.

Diante disto Pietrobon *et al* (2008) evidencia que a busca pela qualificação das operadoras de seguros de saúde impulsiona a regulação trazendo uma necessidade de que a ANS atue mais diretamente nas relações conturbadas entre as operadoras de planos de saúde, prestadores e beneficiários mediando a situação e contribuía para melhorias do sistema de saúde como um todo.

Segundo Pilotto (2016) acompanhar a tendência em aderir aos planos de saúde bem como os tipos de serviços utilizados são necessários para auxiliar o estágio de regulação dos planos e evitar gastos desnecessários.

Sendo o preço um dos principais fatores que determinam a escolha de compra Milan *et al* (2016) analisou as estratégias e os processos de precificação utilizados em 153 empresas obtendo resultados que sugeriram existência de diferenças entre as abordagens e as estratégias de preços utilizadas e diferenças de níveis de desempenho apresentados entre os ramos de atuação, bem como em relação ao porte das empresas pesquisadas. Os dados sugerem que empresas que captam melhor o valor percebido pelos clientes, aliado a uma estratégia de preços altos, apresentam um melhor desempenho diante dos seus principais concorrentes.

Na verificação das principais variáveis que interferem nos planos de saúde sendo elas: jurídicas, técnicas, administrativas, econômicas e mercadológicas Vendramini (2005) acredita que a precificação dos planos de assistência à saúde que são baseadas em critérios técnicos garante permanência do produto no mercado incentivando interesse das operadoras, e que a partir disso a gestão atuarial e de custos será facilitada uma vez que estaremos analisando produtos tecnicamente precificados.

Américo (2018) em sua análise do modelo de precificação à luz da legislação evidencia uma necessidade de um cálculo de precificação mais justo onde a inflação custos e gastos sejam repassados de modo aceitável tanto para segurado como para segurador.

Miranda *et al* (2016) mostrou que em 2010 existiam 39 idosos para 100 jovens e em 2040 estima-se 153 idosos para cada 100 jovens, o crescimento do número de idosos requer uma maior atenção em prover políticas específicas para os planos de assistência à saúde como também o país precisa, não somente reorganizar os níveis de cuidado para atender às necessidades, mas, também, inovar e tomar por

base experiências de outros países que já vivenciaram o processo de envelhecimento considerando o envelhecimento populacional.

De acordo com Santos *et al* (2018) o aumento da proporção de idosos nas carteiras dos planos de saúde poderá inviabilizar as transferências intergeracionais, a atual estrutura de precificação e a ocorrência dessas transferências em uma atividade de retroprojeção mostra um aumento da sinistralidade que indica um risco crescente de insuficiência das mensalidades em custeio das despesas dos planos, considerando o envelhecimento populacional.

Outra variável que afeta os planos de acordo com Maia e Carvalho (2018) é o movimento anti-seletivo, isto é, quando mais segurados de menor risco deixam seus planos em comparação com os de menos risco, for introduzido a produtos mais competitivos em preços compatíveis que os atuais este movimento compromete a sustentabilidade financeira de todas as faixas etárias.

Desse modo, analisando tais cenários nos estudos anteriores, notamos a relevância do estudo sobre o modelo de saúde brasileira, como também a sua importância acadêmica. O presente trabalho analisou diversos objetivos semelhantes aos dos mesmos vistos aqui nesse tópico, como a seleção adversa, o pacto intergeracional, porém feita através de um método diferente, o da precificação dos planos de saúde relacionada a Resolução Normativa 63/03.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização da Pesquisa

Para atingir os objetivos desta presente pesquisa, fez-se uso de uma abordagem de natureza quantitativa, com modalidade de pesquisa explicativa, através de estudos em revistas e artigos com o intuito de conhecer o campo dos preços dos seguros, para realizar uma simulação da precificação dos planos e seguro saúde.

Diante do exposto, a caracterização da pesquisa pela abordagem quantitativa de modalidade explicativa, busca a conciliação da parte teórica com a parte prática, pois proporcionará uma melhor clareza na interpretação quanto aos resultados que serão obtidos.

3.2 Coleta de Dados

A base de coleta de dados para a presente pesquisa fora extraída através de três bases de uma Operadora de Planos de Saúde Brasileira (respeitando seu sigilo de identificação e por isso sendo as bases intituladas como Base A, B e C), pelos dados gerais de preços disponibilizados, que extraído o layout da base de dados dos custos e frequências dos procedimentos entre um período de 12 meses de Outubro de 2012 a Setembro de 2013.

Como também premissas adotadas, conforme Tabela 1, pela própria entidade, como também uma estimativa de beneficiários da entidade para 12 meses à frente, para alcançar a realização da simulação da precificação do plano de saúde, tratados e analisados os dados.

E por final chegando à elaboração dos resultados com o intuito realizar uma comparação do efeito da aplicação da RN 63/03 sobre a precificação dos planos de saúde. Vale salientar que o método de precificação para os planos de saúde e para o seguro saúde são os mesmos, alcançando os mesmo valores.

Tabela 1 – Premissas Atuariais

Premissas	Valor
Aumento de custo	10,00%
Taxa de Administração	15,00%
Agenciamento	100,00%
Diluição do Agenciamento	12
Comissão Vitalícia	0,00%
Margem de Lucro	5,00%
Total	28,33%

Fonte: Elaboração Própria

No Aumento de Custo, como a base de dados são de períodos passados há uma necessidade de atualizar esses valores, pois a tabela de preço será vigente para os próximos 12 meses. A taxa de administração está relacionada a todos os gastos da administração da Operadora. No que se refere ao Agenciamento é o valor que os vendedores irão receber frente a esta venda, separados em 12 meses para compensar a vigência da tabela. A comissão vitalícia é o valor vitalício de recebimento enquanto existir o contrato na Operadora. E por fim a Margem de Lucro da Operadora.

3.3 Procedimentos Metodológicos

A base de dados sendo armazenadas em uma planilha eletrônica e organizadas. A partir disto se utilizou o método de precificação dos planos de saúde, e para melhor clareza na comparação do plano em seu efeito com e sem a RN 63/03, o resultado da simulação dos planos de saúde fora analisado através de tabelas e gráficos.

A formação do preço segue em duas classificações: preço pós-estabelecidos, quando os preços se calculam depois da efetuação dos custos das coberturas contratadas, não é exigido o cálculo atuarial apenas para os planos coletivos empresariais, no entanto a taxa de administração que normalmente é cobrada além dos custos obrigatoriamente é calculada por um atuário; e o preço pré-estabelecido, cujo valor é calculado antes de ser utilizada a cobertura contratada, nesta classificação é obrigatoriamente exigido o cálculo atuarial.

A atividade do preço pré-estabelecido acontece por um modelo de financiamento: repartição simples, neste modelo não se acumula reservas no longo prazo e a arrecadação de todos os recursos através de mensalidades de beneficiários reportam-se para o pagamento dos custos gerados destes mesmos

beneficiários dentro do exercício junto com as despesas administrativas, as comerciais entre outras (MACIEL JUNIOR, 2016).

A presente pesquisa trabalhou na formação do preço na classificação pré-estabelecida, pois segundo Maciel Junior(2016) se caracteriza como a mais adequada para estabelecer os preços dos planos e seguro de saúde.

Na saúde suplementar os preços são alocados em dez faixas: “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”.

A variação desses preços por faixa etária é definida pela Resolução Normativa nº 63/03, foco central desta pesquisa, que inclui também as condições de que para a última faixa etária a obrigatoriedade do valor não poderá ser superior a seis vezes o valor do preço da primeira faixa etária, como também a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

A formação dos preços do seguro e planos de saúde é monitorada e definida por uma Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP), criada pela ANS através da Resolução de Diretoria Colegiada(RDC) nº 28/00apresentada em anexo deste trabalho, ela pressupõe a justificativa da formação dos preços dos planos e seguros saúde. Sendo assim utilizado o modelo de precificação, através de Médias históricas do Teorema do Limite Central (TCL) seguindo (FERREIRA, 2002), que poderá ser descrito as etapas para a formação do preço que se mostra no cálculo dos prêmios de risco, puro e comercial.

a) Calcular o Prêmio de Risco

Os principais itens da despesa assistencial da ANS são: consultas médicas, exames complementares, terapias, internações, outros atendimentos ambulatoriais e demais despesas assistenciais.

Logo, calcula-se para cada item, por faixa etária a frequência dos sinistros (F), o valor médio do sinistro ou severidade (VM), que possui a seguinte formulação, conforme asEquações1 e 2:

$$F = \frac{NSO}{NER} \quad (1)$$

$$VM = \frac{MSO}{NSO} \quad (2)$$

F - Frequência de sinistros

MSO - Montante de sinistros ocorridos

NER - Número de expostos ao risco

NSO - Número de sinistros ocorridos

VM - Valor médio dos sinistros ou severidade

Por conseguinte, obtemos o prêmio de risco, dado pela Equação 3:

$$PR = F \times VM \quad \text{ou} \quad PR = \frac{MSO}{NER} \quad \text{ou} \quad PR = E[S] \quad (3)$$

Onde:

PE - Prêmio estatístico ou PR = Prêmio de risco

$E[S]$ – Esperança do valor total das indenizações ocorridas

Na saúde suplementar como o prêmio de risco é calculado com valores no passado que servirão para inferir no futuro, pela tabela de preço com validade e reajuste em 12 meses. Logo é importante que se atualize os valores por faixa etária, pois este é um mercado em constante desenvolvimento e mudanças. Por fim, são somados todos os prêmios de risco por cada item da despesa assistencial e faixas etárias, para atingir os prêmios de risco atualizados nas dez faixas.

b) Calcular o Prêmio Puro

No cálculo do prêmio puro se faz necessário antes, acrescentar uma margem de segurança estatística (MSE), sendo ela uma exigência da ANS e possui a finalidade de cobrir as mudanças aleatórias de uso e custo de itens de despesa assistencial (consultas, exames, terapias, internações).

Para tanto, vale salientar que este modelo de precificação partiu de um **modelo de risco coletivo ou Teorema de risco coletivo (TRC)**³, com o qual discute-se a distribuição de sinistros de uma carteira como um todo e não os que são produzidos por cada apólice, e, sendo utilizado para o cálculo da MSE o modelo de Médias históricas ou Teorema do Limite Central (TLC)⁴, o qual define a distribuição do sinistro agregado da carteira (FERREIRA, 2002) e utiliza as distribuições de médias mensais aproximada pela Distribuição Normal utilizando um desvio padrão (não suavizado como fora adotado), a MSE é representada na Equação 4.

$$MSE = \left[\frac{E(S) + Z_{1-\alpha} * \sqrt{VAR(S)}}{E(X)} \right] - 1 \quad (4)$$

Onde:

$E[S]$ – Esperança do valor total das indenizações ocorridas

$Z_{1-\alpha}$ - Número de desvios à direita na distribuição normal padronizada (com α de 5%)

$\sqrt{VAR(S)}$ - Desvio Padrão

Após calcular a margem de segurança estatística, calcula-se o prêmio puro, conforme Equação 5:

$$PP = PR * (1 + MSE)(5)$$

Onde:

PP - Prêmio Puro

MSE - Margem/carregamento de segurança estatística

³**Teorema de risco coletivo** ou modelo de risco coletivo que utiliza a definição de risco agregado, onde a variável aleatória “sinistro total produzido por uma carteira de seguros”, também chamada de variável aleatória “sinistro agregado”, sendo interpretada como a soma dos sinistros de toda carteira (FERREIRA, 2002).

⁴ O **Teorema do Limite Central** é um importante resultado da estatística possuindo várias outras demonstrações de teoremas dependentes dele, ele afirma que a média de uma amostra populacional tende a uma distribuição normal, isto é, quanto mais perto se esta da média a probabilidade de ocorrência aumenta. Assim a partir dessa amostra populacional é possível inferir sobre a população uma média e um desvio padrão amostral.

Contudo, quando acrescentada à margem de segurança ao prêmio estatístico obtém-se o prêmio puro, que tem por objetivo mostrar as variações futuras em relação ao passado.

c) Calcular o Prêmio Comercial

Neste prêmio antes se acrescenta ao prêmio puro: despesas comerciais, despesas administrativas, margem de lucro, ressarcimento ao SUS, entre outros.

Os acréscimos dos prêmios puros podem ser representados pelo símbolo α (alfa) utilizado a 5% percentual este adotado pela entidade para cobertura dos planos, o prêmio comercial (PC) possui a seguinte formulação, de acordo com a Equação 6:

$$PC = \frac{PP}{(1 - \alpha)} \quad (6)$$

Este prêmio é o valor cobrado da seguradora por se responsabilizar pelo risco do segurado.

Diante do exposto, a formação do preço dada pelos prêmios de risco, puro e comercial, possui objetivo de estabelecer um preço justo ao qual será sugerido e oferecido ao cliente (segurado).

4 RESULTADOS

4.1 Apresentação dos dados

Para alcançar os resultados desta pesquisa utilizou-se a base de dados de três Operadoras de Planos e Seguros de Saúde brasileira de Outubro de 2012 à Setembro de 2013.

Com um total geral de número de expostos (beneficiários) de 88.589 sendo 6.644 para a Base A, 18.224 para Base B e 63.720 para base C, e 1.134 como número estimado de beneficiários em 12 meses à frente pela entidade, alcançando um total de números em consultas (ambulatorial e hospitalar) de 1.642.650 sendo deste total 62.253 para Base A, 260.025 Base B e 1.320.372 Base C e uma despesa assistencial média anual total de R\$ 6.206.176,24 com R\$ 187.026,09 Base A, R\$ 1.022.203,43 Base B e R\$ 5.272.839,99 Base C.

A base de dados apresenta faixa etária, item de custo assistencial; que logo mais a frente encontra-se a segmentação assistencial (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, ambulatorial + hospitalar com ou sem obstetrícia), e os planos fracionados em: contratação (individual/familiar e empresarial), acomodação hospitalar (apartamento e enfermaria), e existência de co-participativo e sem participação.

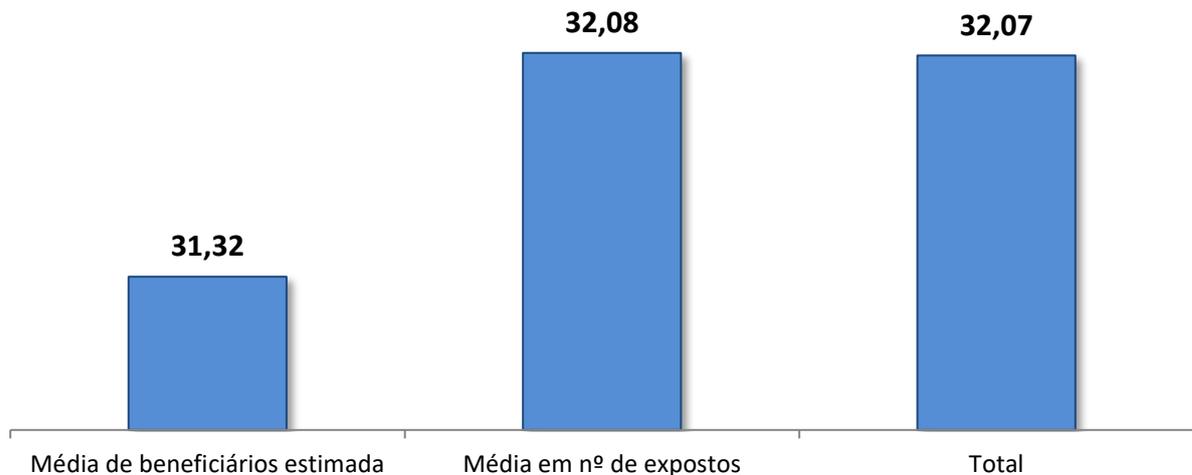
4.2 Análise Descritiva

4.2.1 Média das idades

Para os três grupos dos planos analisados conforme valores de número de expostos ditos anteriormente de 88.589 e a adoção da entidade em uma quantidade de beneficiários estimados em 12 meses de 1.134 sendo ele a quantidade de beneficiários que acionam o plano em um período de 12 meses, o Gráfico 1 nos mostra a média dos grupos tanto de número de expostos quanto de beneficiários em relação à idade das faixas etárias.

O número de beneficiários estimados encontra-se com uma representatividade de apenas 1,28% em relação ao número de expostos, e média em nº de beneficiários estimados de 31,32, nº de expostos em 32,08 e um total de 32,07 das médias dos números de beneficiários estimados e número de expostos em relação as idades.

Gráfico 1–Média das idades do nº de expostos e beneficiários estimados



Fonte: Elaboração Própria

Para a quantidade distribuída entre as faixas nesta base de dados (Tabela 2), observamos que uma maior quantidade de número de beneficiários se encontra na primeira faixa etária “0 a 18” e uma menor quantidade na faixa de “49 a 53”, seguida da última faixa etária “59 ou +”, salientando que estatisticamente comprova-se que quanto maior a idade maior o nível de indivíduos que acionam os planos.

Tabela 2 - Resumo da amostra de nº de expostos nas três bases e beneficiários estimados

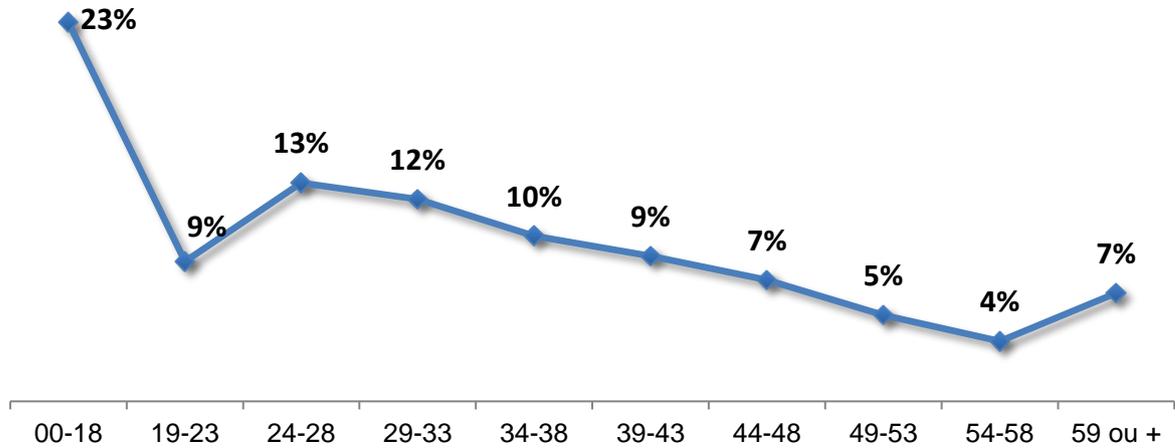
Faixa Etária	Nº de Beneficiários Estimado em 12 meses	Nº de expostos - Base A	Nº de expostos - Base B	Nº de expostos - Base C	Total
00-18	326	1.535	4.494	14.619	20.974
19-23	105	651	1.759	5.204	7.720
24-28	78	1.117	2.841	7.945	11.981
29-33	98	969	2.588	7.453	11.108
34-38	107	817	2.068	6.127	9.119
39-43	94	654	1.755	5.507	8.010
44-48	119	416	1.211	4.982	6.728
49-53	99	216	687	3.798	4.800
54-58	64	134	380	2.763	3.341
59 ou +	44	135	441	5.323	5.942
Total	1.134	6.644	18.224	63.720	89.723
Média	31,32	28,77	28,81	33,36	32,07

Fonte: Elaboração Própria

4.2.2 Proporção por faixa etária

A diferença de quantidade entre a última e a primeira faixa etária tende a ser impulsionada pela primeira faixa etária conforme as idades continuarem avançando, provocando assim aumento do volume da última faixa conforme Gráfico 2:

Gráfico 2 – Proporção por faixa etária do nº de expostos



Fonte: Elaboração Própria

Os fatores que contribuem para uma população envelhecida se dão pela redução das taxas de mortalidade e a queda das taxas de natalidade, que provoca significativas alterações na estrutura etária da população (MIRANDA, MENDES e SILVA, 2016).

De acordo com as projeções de dados do IBGE (2013) as taxas de fecundidade em 2000 se encontravam em 2,4 filhos por mulher, em 2010 diminuíram para 1,8 e em 2020 caíram para 1,76 mostrando assim uma diminuição de uma população jovem e um acelerado processo de envelhecimento populacional.

Observamos também que as classes mais jovens possuem uma proporção alta de risco e que dentre elas a maior esta com a primeira faixa com 23% de todo o risco da carteira a classe de “0 a 18” possui um alto risco em comparação as outras faixas, por possuírem um efeito de seleção adversa, os beneficiários possuem mais informações que a entidade, e que gera um desequilíbrio refletindo no preço e o que, em última análise, pode causar ineficiência no mercado(PANCEVSKI, 2005) como também acarretar saídas dos planos dessas classes mais jovens por possuírem risco maior.

4.2.3 Itens de Despesa por tipo de procedimento

As três bases analisadas apresentaram despesas assistenciais anuais com participação em cerca de: R\$ 43.686,63 total para a Base A, sendo R\$ 23.511,79 (54%) despesas ambulatoriais e R\$ 20.174,83 (46%) despesas hospitalares; para a

Base B R\$ 245.014,10 total, com R\$ 145.961,91 (60%) despesas ambulatoriais e R\$ 99.052,19 (40%) despesas hospitalares; e para a Base C R\$ 514.483,09 total R\$ 335.917,96 (65%) despesas ambulatoriais e R\$ 178.565,13 (35%) despesas hospitalares.

E para as despesas assistenciais anuais sem Participação em cerca de: R\$ 134.144,72 total para a Base A, com R\$ 85.100,31 (63%) para as despesas ambulatoriais e R\$ 49.044,41 (37%) para as despesas hospitalares; a Base B com um total de R\$ 725.044,77, sendo R\$ 468.615,15 (65%) despesas ambulatoriais e R\$ 256.429,62 (35%) despesas hospitalares; e num total para a Base C de R\$ 4.543.802,93, com R\$ 3.069.599,60 (68%) em despesas ambulatoriais e R\$ 1.474.203,33 (32%) em despesas hospitalares, todas elas obtidas de acordo com a característica dos planos conforme as Tabelas de 3 a 5 a seguir de: frequência de sinistros, custo médio e custo per capita.

A Tabela 3 abaixo nos dá a frequência de sinistro, isto é, a quantidade de vezes que o plano é acionado, sendo separada por cada segmento e cada faixa etária.

Tabela 3– Frequência de sinistros

Tipo de procedimento	Faixa etária	BASE A		BASE B		BASE C	
		Freq. de sinistros - CoParticipativo	Freq. de sinistros - Sem Participação	Freq. de sinistros - CoParticipativo	Freq. de sinistros - Sem Participação	Freq. de sinistros - CoParticipativo	Freq. de sinistros - Sem Participação
Consulta Médica	0 a 18	0,27	0,53	0,74	0,87	0,86	0,95
	19 a 23	0,30	0,28	0,61	0,67	0,71	0,76
	24 a 28	0,41	0,44	0,67	0,74	0,79	0,87
	29 a 33	0,40	0,30	0,72	0,77	0,79	0,90
	34 a 38	0,32	0,70	0,66	0,73	0,81	0,92
	39 a 43	0,38	0,36	0,68	0,73	0,82	0,97
	44 a 48	0,37	0,51	0,71	0,79	0,82	1,04
	49 a 53	0,49	0,26	0,88	0,98	0,93	1,09
	54 a 58	0,19	0,47	0,61	0,79	1,00	1,13
	59 ou +	0,34	0,41	1,13	1,23	1,09	1,14
Total		3,47	4,28	7,41	8,30	8,60	9,78
Exames de alta complexidade	0 a 18	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01
	19 a 23	0,00	0,02	0,01	0,01	0,01	0,02
	24 a 28	0,02	0,00	0,01	0,01	0,02	0,02
	29 a 33	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,02
	34 a 38	0,00	0,00	0,01	0,02	0,02	0,02
	39 a 43	0,00	0,00	0,02	0,02	0,02	0,03
	44 a 48	0,04	0,00	0,01	0,01	0,02	0,03
	49 a 53	0,00	0,01	0,04	0,04	0,03	0,04
	54 a 58	0,01	0,01	0,01	0,01	0,03	0,05
	59 ou +	0,01	0,01	0,05	0,05	0,05	0,05
Total		0,09	0,08	0,16	0,18	0,22	0,28

Tipo de procedimento	Faixa etária	BASE A		BASE B		BASE C	
		Freq. de sinistros - CoParticipativo	Freq. de sinistros - Sem Participação	Freq. de sinistros - CoParticipativo	Freq. de sinistros - Sem Participação	Freq. de sinistros - CoParticipativo	Freq. de sinistros - Sem Participação
Exames de baixa complexidade	0 a 18	0,32	0,63	0,75	0,86	0,95	1,03
	19 a 23	0,47	0,71	0,87	0,97	1,25	1,36
	24 a 28	0,94	0,89	1,21	1,29	1,61	1,66
	29 a 33	0,52	0,48	1,26	1,33	1,84	1,90
	34 a 38	0,73	2,47	1,58	1,73	1,88	1,98
	39 a 43	0,49	0,93	1,53	1,61	2,02	2,34
	44 a 48	2,08	1,16	1,67	1,82	2,11	2,67
	49 a 53	1,22	0,58	2,50	2,67	2,57	3,00
	54 a 58	0,50	0,98	1,73	1,96	3,14	3,20
59 ou +	1,42	1,11	2,98	3,27	3,37	3,66	
Total		8,68	9,95	16,08	17,51	20,74	22,80
Terapia de alta complexidade	0 a 18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	19 a 23	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00
	24 a 28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	29 a 33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00
	34 a 38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01
	39 a 43	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,03
	44 a 48	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,03
	49 a 53	0,00	0,00	0,02	0,03	0,00	0,03
	54 a 58	0,00	0,00	0,10	0,00	0,01	0,04
59 ou +	0,17	0,00	0,14	0,10	0,08	0,04	
Total		0,17	0,01	0,27	0,15	0,12	0,18
Terapia de baixa complexidade	0 a 18	0,01	0,06	0,08	0,11	0,12	0,13
	19 a 23	0,00	0,04	0,06	0,06	0,08	0,15
	24 a 28	0,14	0,06	0,16	0,17	0,14	0,19
	29 a 33	0,04	0,06	0,11	0,13	0,14	0,21
	34 a 38	0,05	0,15	0,09	0,14	0,19	0,24
	39 a 43	0,08	0,08	0,16	0,21	0,28	0,27
	44 a 48	0,05	0,17	0,15	0,20	0,22	0,37
	49 a 53	0,08	0,08	0,36	0,41	0,42	0,51
	54 a 58	0,05	0,14	0,48	0,49	0,53	0,52
59 ou +	0,08	0,13	0,54	0,65	0,62	0,74	
Total		0,58	0,97	2,22	2,57	2,74	3,33
Outros atendimentos ambulatoriais	0 a 18	0,02	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03
	19 a 23	0,01	0,01	0,02	0,02	0,04	0,04
	24 a 28	0,04	0,01	0,03	0,04	0,04	0,05
	29 a 33	0,03	0,01	0,05	0,05	0,04	0,05
	34 a 38	0,01	0,01	0,03	0,03	0,04	0,05
	39 a 43	0,01	0,01	0,04	0,04	0,04	0,05
	44 a 48	0,01	0,02	0,04	0,05	0,05	0,05
	49 a 53	0,01	0,01	0,05	0,06	0,06	0,07
	54 a 58	0,01	0,01	0,05	0,04	0,08	0,07
59 ou +	0,02	0,03	0,10	0,14	0,09	0,09	
Total		0,15	0,15	0,44	0,50	0,50	0,54
Internações	0 a 18	0,00	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01
	19 a 23	0,00	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01
	24 a 28	0,02	0,02	0,01	0,02	0,01	0,02
	29 a 33	0,00	0,01	0,02	0,02	0,02	0,02
	34 a 38	0,00	0,04	0,01	0,01	0,02	0,02
	39 a 43	0,00	0,03	0,01	0,01	0,02	0,02
	44 a 48	0,00	0,01	0,02	0,02	0,02	0,02
	49 a 53	0,01	0,00	0,02	0,02	0,02	0,02
	54 a 58	0,01	0,03	0,01	0,01	0,02	0,02
59 ou +	0,01	0,01	0,03	0,03	0,03	0,03	
Total		0,07	0,18	0,14	0,16	0,18	0,18

Tipo de procedimento	Faixa etária	BASE A		BASE B		BASE C	
		Freq. de sinistros - CoParticipativo	Freq. de sinistros - Sem Participação	Freq. de sinistros - CoParticipativo	Freq. de sinistros - Sem Participação	Freq. de sinistros - CoParticipativo	Freq. de sinistros - Sem Participação
Demais custos assistenciais	0 a 18	0,06	0,13	0,06	0,08	0,10	0,14
	19 a 23	0,12	0,14	0,05	0,05	0,10	0,14
	24 a 28	0,15	0,15	0,08	0,09	0,21	0,17
	29 a 33	0,11	0,10	0,11	0,11	0,52	0,17
	34 a 38	0,18	0,37	0,13	0,13	0,14	0,17
	39 a 43	0,07	0,36	0,10	0,11	0,12	0,20
	44 a 48	0,16	0,18	0,11	0,12	0,16	0,27
	49 a 53	0,08	0,08	0,15	0,21	0,18	0,25
	54 a 58	0,08	0,18	0,16	0,12	0,23	0,28
59 ou +	0,25	0,12	0,28	0,27	0,31	0,86	
Total		1,26	1,81	1,23	1,29	2,07	2,66

Fonte: Elaboração Própria

Segundo a Tabela 3, observamos um destaque nas quantidades de frequências de sinistros uma maior frequência para a última faixa “59 ou +” etária para qualquer tipo de segmento sendo em Consultas médicas uma representatividade de 13% de todo total de frequência de sinistros, Exames de alta e baixa complexidade com 6% para a alta e 17% para a baixa, Terapia de alta e baixa complexidade com 49% para a alta e 23% para a baixa, Outros atendimentos ambulatoriais com 21%, Internações com 18%, e Demais custos assistenciais 24%.

Analisando esta maior quantidade de frequência de sinistros, considerando o número de expostos em 5.898 e uma quantidade estimada de beneficiários há apenas 44 (sendo essa nesta base a menor) para a última faixa etária “59 ou +”, é superior às outras faixas etárias, em qualquer tipo de segmento, conforme porcentagens acima, isto se dá, pois, de acordo com Santos (2017), conforme a idade vai aumentando a frequência de utilização do plano também aumenta, possuindo assim uma população mais idosa acionando o plano.

Partindo da frequência dos sinistros obtemos o Custo médio que é mostrado a seguir na Tabela 4 sendo ela o Custo médio dos beneficiários por segmento e faixa etária.

Tabela 4– Custo médio

Tipo de procedimento	Faixa etária	BASE A		BASE B		BASE C	
		Custo médio - CoPart.	Custo médio - Sem Part.	Custo médio - CoPart.	Custo médio - Sem Part.	Custo médio - CoPart.	Custo médio - Sem Part.
Consulta Médica	0 a 18	15,71	0,00	75,18	75,58	76,92	77,73
	19 a 23	6,96	0,00	76,16	77,21	78,97	77,64
	24 a 28	11,21	0,00	77,04	76,09	78,89	77,95
	29 a 33	7,19	0,00	77,41	78,15	78,91	78,64
	34 a 38	22,44	0,00	77,84	76,30	78,48	78,23
	39 a 43	9,84	0,00	78,52	77,10	77,55	78,22
	44 a 48	13,17	0,00	78,01	76,00	77,31	78,43
	49 a 53	7,18	0,00	79,31	77,86	77,41	78,54
	54 a 58	13,14	0,00	79,85	76,91	77,94	79,07
	59 ou +	13,25	0,00	79,85	77,04	78,63	79,75
Total		120,10	0,00	779,18	768,21	781,01	784,22
Exames de alta complexidade	0 a 18	2,14	0,00	644,36	393,86	606,50	545,74
	19 a 23	6,71	0,00	440,07	440,07	510,76	645,80
	24 a 28	1,42	0,00	264,46	564,27	565,61	636,93
	29 a 33	0,90	0,00	488,31	571,63	629,92	654,63
	34 a 38	0,84	0,00	751,75	713,41	664,38	674,01
	39 a 43	0,99	0,00	574,64	503,46	588,44	649,73
	44 a 48	1,23	0,00	682,74	457,14	612,55	618,14
	49 a 53	2,55	0,00	369,35	421,17	670,60	646,82
	54 a 58	1,88	0,00	239,16	503,21	583,07	603,50
	59 ou +	3,16	0,00	551,69	669,12	605,94	595,09
Total		21,81	0,00	5006,53	5237,33	6037,76	6270,39
Exames de baixa complexidade	0 a 18	10,73	0,00	24,44	25,74	26,94	28,16
	19 a 23	9,84	0,00	34,14	33,04	32,84	33,20
	24 a 28	13,69	0,00	34,85	33,84	34,62	35,57
	29 a 33	6,90	0,00	30,54	33,34	34,57	36,05
	34 a 38	45,80	0,00	35,03	32,07	35,14	36,10
	39 a 43	17,33	0,00	36,68	32,29	37,01	36,04
	44 a 48	19,55	0,00	32,94	34,28	36,36	36,38
	49 a 53	10,36	0,00	31,74	32,40	35,27	36,23
	54 a 58	14,65	0,00	27,58	33,69	34,78	35,71
	59 ou +	28,19	0,00	32,14	29,65	34,06	34,20
Total		177,04	0,00	320,08	320,33	341,58	347,64
Terapia de alta complexidade	0 a 18	0,00	0,00	399,85	399,85	58,37	994,54
	19 a 23	0,01	0,00	29,11	29,11	194,51	365,40
	24 a 28	0,00	0,00	84,26	84,26	208,11	149,95
	29 a 33	1,07	0,00	180,32	274,13	115,06	150,16
	34 a 38	0,02	0,00	53,98	126,16	203,99	171,83
	39 a 43	0,06	0,00	27,30	99,48	215,43	106,10
	44 a 48	0,39	0,00	79,99	79,99	207,91	134,90
	49 a 53	0,12	0,00	182,13	169,50	180,91	185,40
	54 a 58	0,08	0,00	241,02	241,02	216,46	266,85
	59 ou +	0,00	0,00	26,63	26,63	196,44	278,76
Total		1,75	0,00	1304,58	1530,12	1797,18	2803,89
Terapia de baixa complexidade	0 a 18	0,28	0,00	14,28	14,76	24,35	21,88
	19 a 23	0,36	0,00	31,79	40,87	47,78	26,60
	24 a 28	0,72	0,00	26,29	24,83	32,97	28,09
	29 a 33	0,54	0,00	18,72	49,20	35,28	29,15
	34 a 38	2,22	0,00	61,29	21,68	31,68	31,30
	39 a 43	0,83	0,00	22,34	21,02	28,29	30,52
	44 a 48	1,75	0,00	29,84	47,08	32,66	31,51
	49 a 53	0,82	0,00	22,18	42,46	29,70	29,94
	54 a 58	1,22	0,00	22,93	47,03	25,94	30,66
	59 ou +	1,14	0,00	20,28	46,63	28,67	30,55
Total		9,88	0,00	269,94	355,56	317,33	290,20

Tipo de procedimento	Faixa etária	BASE A		BASE B		BASE C	
		Custo médio - CoPart.	Custo médio - Sem Part.	Custo médio - CoPart.	Custo médio - Sem Part.	Custo médio - CoPart.	Custo médio - Sem Part.
Outros atendimentos ambulatoriais	0 a 18	1,08	0,00	53,99	152,23	144,85	127,29
	19 a 23	0,33	0,00	112,52	435,01	220,22	220,30
	24 a 28	0,84	0,00	182,56	165,73	384,45	274,78
	29 a 33	0,96	0,00	244,91	274,16	349,64	307,01
	34 a 38	1,46	0,00	287,45	219,07	362,93	254,01
	39 a 43	1,35	0,00	758,70	128,14	396,66	320,21
	44 a 48	1,49	0,00	483,33	254,85	252,67	325,77
	49 a 53	1,30	0,00	331,04	194,84	241,09	333,22
	54 a 58	0,33	0,00	142,66	518,12	301,15	335,15
	59 ou +	2,73	0,00	454,39	686,59	439,84	399,72
Total		11,87	0,00	3051,54	3028,75	3093,51	2897,46
Internações	0 a 18	35,53	0,00	3.217,29	2.944,65	2887,08	2597,31
	19 a 23	40,82	0,00	13.330,59	11.055,99	2720,64	3952,86
	24 a 28	37,27	0,00	4.876,62	4.734,38	8488,96	4832,69
	29 a 33	14,01	0,00	5.179,14	7.129,25	3716,98	5882,84
	34 a 38	643,24	0,00	15.292,87	4.241,75	7745,50	4966,41
	39 a 43	114,03	0,00	2.417,84	9.415,23	3999,80	4823,53
	44 a 48	10,85	0,00	6.136,46	6.406,37	3140,09	6818,81
	49 a 53	4,53	0,00	7.846,33	14.151,24	4668,61	8619,19
	54 a 58	174,02	0,00	2.938,39	3.721,30	5833,09	9365,62
	59 ou +	11,67	0,00	7.231,02	13.543,81	10379,68	15029,58
Total		1085,98	0,00	68466,53	77343,97	53580,42	66888,84
Demais custos assistenciais	0 a 18	5,61	0,00	142,01	161,58	109,55	130,30
	19 a 23	5,33	0,00	188,14	260,09	172,03	142,90
	24 a 28	5,50	0,00	161,34	210,44	179,29	179,67
	29 a 33	5,36	0,00	262,28	349,38	103,14	164,53
	34 a 38	14,08	0,00	199,26	274,48	324,63	269,32
	39 a 43	8,47	0,00	170,08	284,94	288,27	333,08
	44 a 48	5,99	0,00	142,33	488,03	149,44	338,71
	49 a 53	3,59	0,00	430,23	392,34	152,67	405,76
	54 a 58	7,28	0,00	415,60	506,60	139,70	682,47
	59 ou +	5,77	0,00	612,23	619,88	426,90	254,05
Total		66,99	0,00	2723,49	3547,77	2045,63	2900,77

Fonte: Elaboração Própria

Diante disto, em conformidade com a frequência de sinistros também irá gerar custos médios maiores para as últimas faixas representando em Consultas médicas 10% de todo total de custos, Exames de alta e baixa complexidade com 11% para a alta e 11% para a baixa, Terapia de alta e baixa complexidade com 7% para a alta e 10% para a baixa, Outros atendimentos ambulatoriais com 16%, Internações com 17%, e Demais custos assistenciais 17%, nos mostrando o quanto a frequência de sinistros influencia nos custos entre as faixas.

Fora observado também que logo após a última faixa temos a “49 a 53” representando 13% do custo total entre todos os segmentos e “34 a 39” com 12% em maiores custos médios entre as faixas etárias.

Tabela 5– Custo per capita

Tipo de procedimento	Faixa etária	BASE A		BASE B		BASE C	
		Custo per capita - CoPart.	Custo per capita - Sem Part.	Custo per capita - CoPart.	Custo per capita - Sem Part.	Custo per capita - CoPart.	Custo per capita - Sem Part.
Consulta Médica	0 a 18	7,30	15,71	27,64	33,65	33,10	37,01
	19 a 23	7,84	6,96	22,96	27,96	27,94	29,53
	24 a 28	9,95	11,21	25,77	30,24	30,99	33,96
	29 a 33	9,88	7,19	27,51	28,11	31,08	35,36
	34 a 38	7,74	22,44	25,50	29,16	31,65	36,01
	39 a 43	10,22	9,84	26,65	28,03	31,60	38,09
	44 a 48	8,79	13,17	27,91	27,94	31,77	40,82
	49 a 53	13,37	7,18	35,47	34,43	35,88	42,73
	54 a 58	4,55	13,14	24,39	43,67	38,87	44,63
59 ou +	11,67	13,25	46,13	41,89	43,02	45,67	
Total		91,32	120,10	289,92	325,09	335,89	383,78
Exames de alta complexidade	0 a 18	0,11	2,14	0,88	1,24	1,81	2,01
	19 a 23	0,00	6,71	1,74	1,76	2,02	4,98
	24 a 28	7,59	1,42	1,44	4,25	4,40	5,00
	29 a 33	0,57	0,90	3,53	3,25	4,50	6,14
	34 a 38	0,70	0,84	5,04	3,20	6,06	7,89
	39 a 43	0,49	0,99	5,22	4,84	7,06	9,14
	44 a 48	16,21	1,23	3,52	4,57	6,55	9,88
	49 a 53	0,83	2,55	6,77	5,72	9,96	12,14
	54 a 58	1,72	1,88	2,44	12,18	9,19	13,88
59 ou +	1,68	3,16	12,76	18,54	15,46	15,80	
Total		29,91	21,81	43,34	59,54	67,00	86,87
Exames de baixa complexidade	0 a 18	2,92	10,73	8,90	11,21	12,77	14,45
	19 a 23	4,35	9,84	14,91	17,72	20,58	22,54
	24 a 28	11,89	13,69	21,02	22,24	27,85	29,51
	29 a 33	8,00	6,90	18,97	20,40	31,75	34,26
	34 a 38	10,68	45,80	27,68	25,76	32,94	35,66
	39 a 43	9,98	17,33	28,28	28,22	37,31	42,05
	44 a 48	42,66	19,55	28,50	31,11	38,31	48,55
	49 a 53	13,38	10,36	39,07	38,31	45,31	54,27
	54 a 58	7,92	14,65	25,30	51,38	54,70	57,22
59 ou +	24,40	28,19	47,57	43,32	57,40	62,63	
Total		136,16	177,04	260,21	289,66	358,92	401,15
Terapia de alta complexidade	0 a 18	0,00	0,00	0,00	0,04	0,18	0,08
	19 a 23	0,00	0,01	0,01	0,16	0,13	0,49
	24 a 28	0,01	0,00	0,04	0,08	0,24	0,26
	29 a 33	0,00	1,07	0,03	0,52	0,25	0,28
	34 a 38	0,06	0,02	0,06	0,41	0,15	0,91
	39 a 43	0,00	0,06	0,17	0,57	0,41	1,38
	44 a 48	0,06	0,39	0,61	0,20	0,69	1,79
	49 a 53	0,10	0,12	1,56	1,43	0,45	1,89
	54 a 58	0,00	0,08	1,83	0,42	1,19	5,53
59 ou +	3,47	0,00	3,25	2,60	3,26	5,91	
Total		3,70	1,75	7,56	6,42	6,94	18,52
Terapia de baixa complexidade	0 a 18	0,07	0,28	0,55	0,80	1,51	1,45
	19 a 23	0,05	0,36	0,75	1,76	1,89	1,92
	24 a 28	0,79	0,72	2,19	1,42	2,24	2,66
	29 a 33	0,33	0,54	1,00	2,58	2,49	3,01
	34 a 38	0,43	2,22	2,34	2,09	2,97	3,79
	39 a 43	0,73	0,83	1,90	1,94	3,80	4,07
	44 a 48	0,74	1,75	2,19	4,89	3,63	5,88
	49 a 53	1,74	0,82	3,22	2,99	6,26	7,65
	54 a 58	1,35	1,22	5,37	6,01	6,85	8,02
59 ou +	0,39	1,14	5,45	5,16	8,91	11,25	
Total		6,61	9,88	24,98	29,65	40,55	49,70

Tipo de procedimento	Faixa etária	BASE A		BASE B		BASE C	
		Custo per capita - CoPart.	Custo per capita - Sem Part.	Custo per capita - CoPart.	Custo per capita - Sem Part.	Custo per capita - CoPart.	Custo per capita - Sem Part.
Outros atendimentos ambulatoriais	0 a 18	0,28	1,08	0,75	1,67	1,89	2,16
	19 a 23	0,45	0,33	1,22	6,72	4,66	4,43
	24 a 28	0,75	0,84	2,68	3,27	8,12	6,21
	29 a 33	0,55	0,96	6,60	7,23	6,74	7,08
	34 a 38	1,10	1,46	3,92	4,25	7,32	6,05
	39 a 43	0,80	1,35	13,69	2,80	6,87	7,65
	44 a 48	0,12	1,49	10,31	9,10	6,67	8,99
	49 a 53	1,56	1,30	9,54	4,28	7,11	11,02
	54 a 58	5,00	0,33	5,62	15,94	12,76	12,35
	59 ou +	3,51	2,73	24,36	25,24	19,41	17,84
Total		14,13	11,87	78,68	80,47	81,55	83,79
Internações	0 a 18	3,55	35,53	11,71	20,90	14,48	15,99
	19 a 23	5,10	40,82	30,59	70,75	17,90	21,88
	24 a 28	46,68	37,27	24,31	26,42	62,79	39,76
	29 a 33	11,15	14,01	47,52	49,64	29,59	57,52
	34 a 38	6,57	643,24	111,25	33,01	74,85	45,42
	39 a 43	8,40	114,03	16,30	67,09	32,58	37,81
	44 a 48	10,80	10,85	24,45	44,87	29,40	58,15
	49 a 53	10,42	4,53	38,95	210,10	48,04	78,82
	54 a 58	3,48	174,02	265,82	34,17	63,20	83,57
	59 ou +	102,27	11,67	167,11	199,86	149,18	222,68
Total		208,42	1085,98	738,02	756,81	522,00	661,60
Demais custos assistenciais	0 a 18	1,34	5,61	3,11	6,24	5,63	8,01
	19 a 23	4,30	5,33	3,39	8,76	8,25	10,21
	24 a 28	6,38	5,50	6,66	8,64	19,01	14,98
	29 a 33	4,50	5,36	11,06	14,89	10,81	14,33
	34 a 38	6,16	14,08	10,51	12,20	23,13	22,99
	39 a 43	3,55	8,47	9,76	9,86	18,33	34,19
	44 a 48	15,67	5,99	12,91	25,30	11,85	43,34
	49 a 53	3,86	3,59	31,70	50,12	13,86	50,63
	54 a 58	6,59	7,28	23,64	47,79	16,11	98,52
	59 ou +	7,65	5,77	25,23	74,06	65,95	82,03
Total		60,00	66,99	137,96	257,86	192,94	379,24

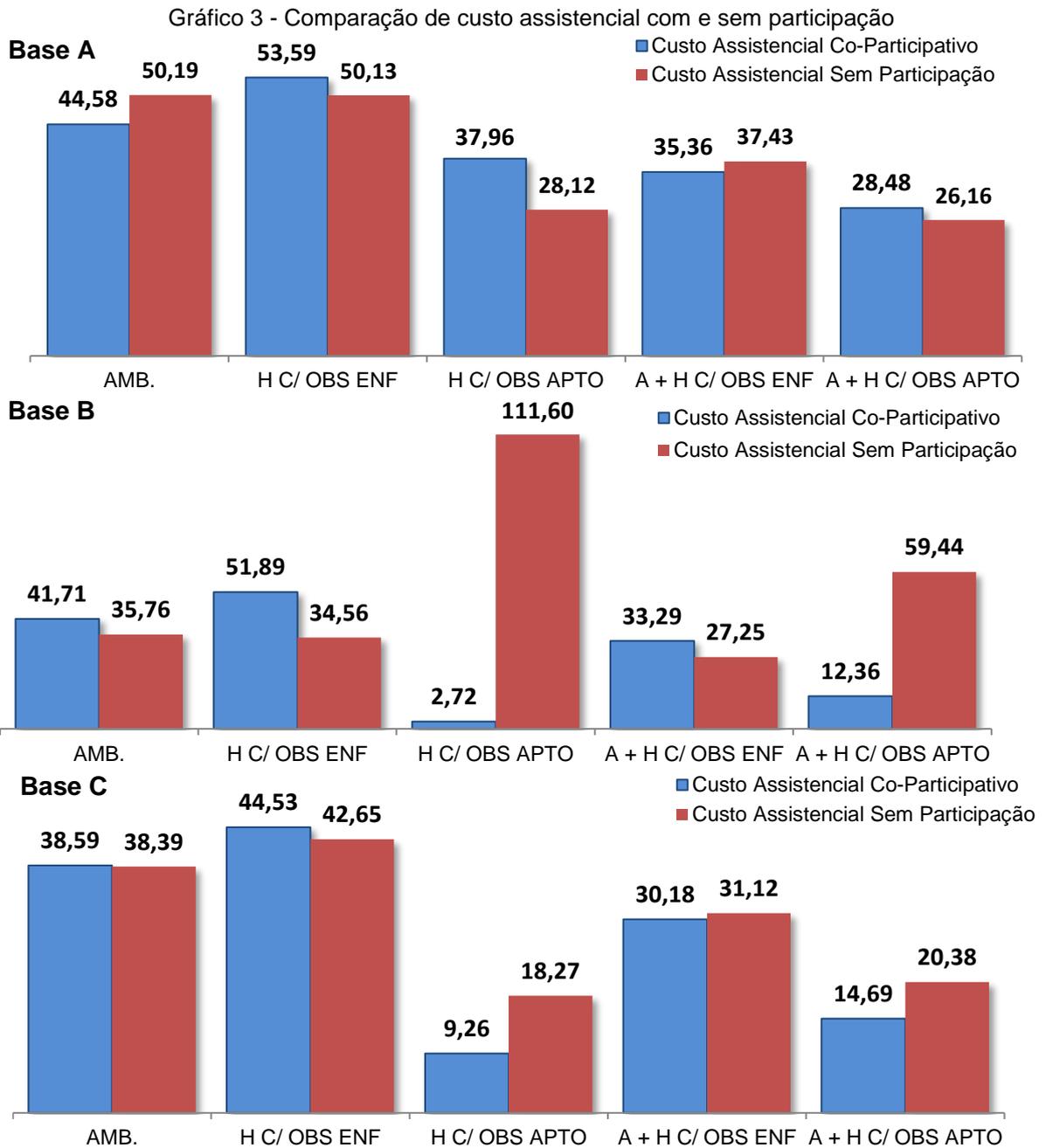
Fonte: Elaboração Própria

O Custo Per Capita, são os custos individuais por cada dos beneficiários, o que neste caso se aplica aos custos por cada faixa etária, ele considera as frequências dos sinistros e o custo médio.

Sendo assim consequentemente obteve valores sendo o maior deles em uma média do total geral as faixas de “59 ou +” como previsto mediante as frequências e os custos mostrados anteriormente, com valor representativo por cada segmento em Consultas médicas 13%, Exames de alta e baixa complexidade com 22% para a alta e 16% para a baixa, Terapia de alta e baixa complexidade com 41% para a alta e 20% para a baixa, Outros atendimentos ambulatoriais com 27%, Internações com 21%, e Demais custos assistenciais 24%, a última faixa etária possui peso considerável em comparação a todas as outras faixas.

4.2.4Custo assistencial

Os custos assistenciais foram segmentados em: ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, ambulatorial + hospitalar com ou sem obstetrícia, seguem as médias desses custos no Gráfico 3e suas respectivas comparações:



Fonte: Elaboração Própria

O Gráfico 3 vai nos mostrar a comparação de custo assistencial entre os dois tipos de planos, sendo eles Coparticipativos e Sem participação. É possível observar que há variações entre os planos por tipo de contratação com participação e sem participação.

O plano Sem participação em muitos casos possui uma variação maior que os planos coparticipativos uma vez que os beneficiários são livres para aderir os mesmo se possuindo uma população mais idosa conforme analisado anteriormente, em contrapartida os planos com população mais jovem se encontram nos planos coparticipativos onde possuem uma população mais ativa, sendo assim, mais jovem (SANTOS, 2017).

Deste modo outra explicação para Operadoras incentivarem planos coparticipativos é a decorrência do risco moral, pois a mesma gera ineficiência econômica uma vez que o custo e o benefício de cada segurado difere do esperado, isto é, sem possuir total informação sobre o beneficiário no momento do contrato não é possível medir o grau de risco exato que cada um possui, podendo ele ser alto ou baixo.

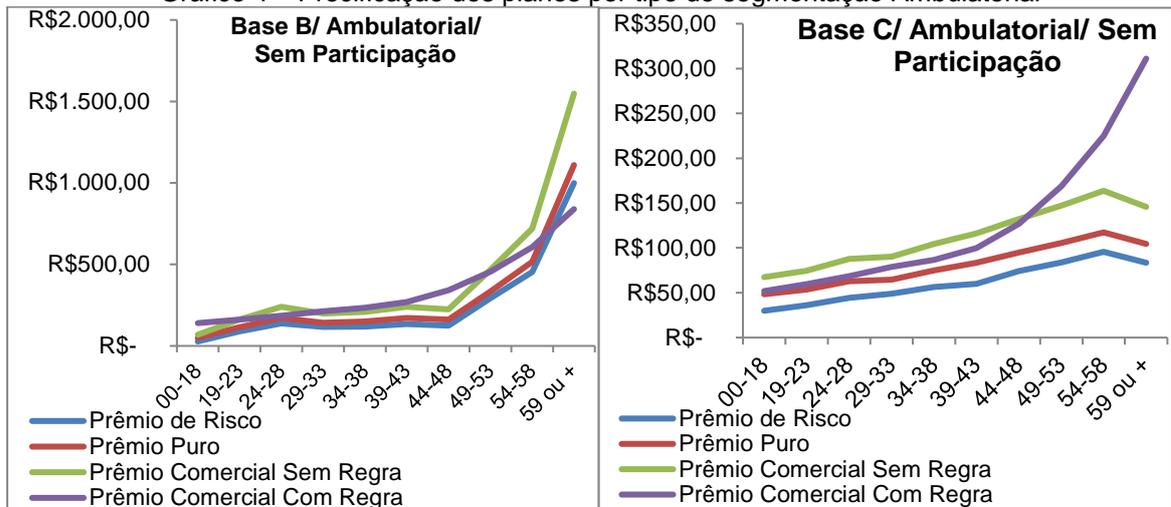
Segundo (MACIEL JUNIOR, 2011) uma forma de amenizar o problema de risco moral é fazer o compartilhamento do risco, ou parte dele, que antes era assumida integralmente pelas Operadoras de saúde, sendo ele os planos coparticipativos, onde a seguradora tem parcela de sua responsabilidade por parte das despesas do beneficiário diminuindo o risco moral, pois incluiu ao segurado uma parcela dos custos das utilizações dos serviços.

4.3 Análises da precificação dos planos de saúde

Aqui se inicia a análise principal do objetivo deste trabalho, a comparação do efeito da regulamentação RN 63/03 a partir da precificação dos planos de saúde.

Com os dados disponibilizados e com as premissas atuariais adotadas (Tabela 5), obtiveram-se os valores para os prêmios de risco, puro e comercial com os seguintes resultados da precificação dos planos de saúde mostrados em síntese no Gráfico de 4 a 8 para todos os tipos de segmentação, com valores nas tabelas em apêndice desse trabalho.

Gráfico 4 – Precificação dos planos por tipo de segmentação Ambulatorial

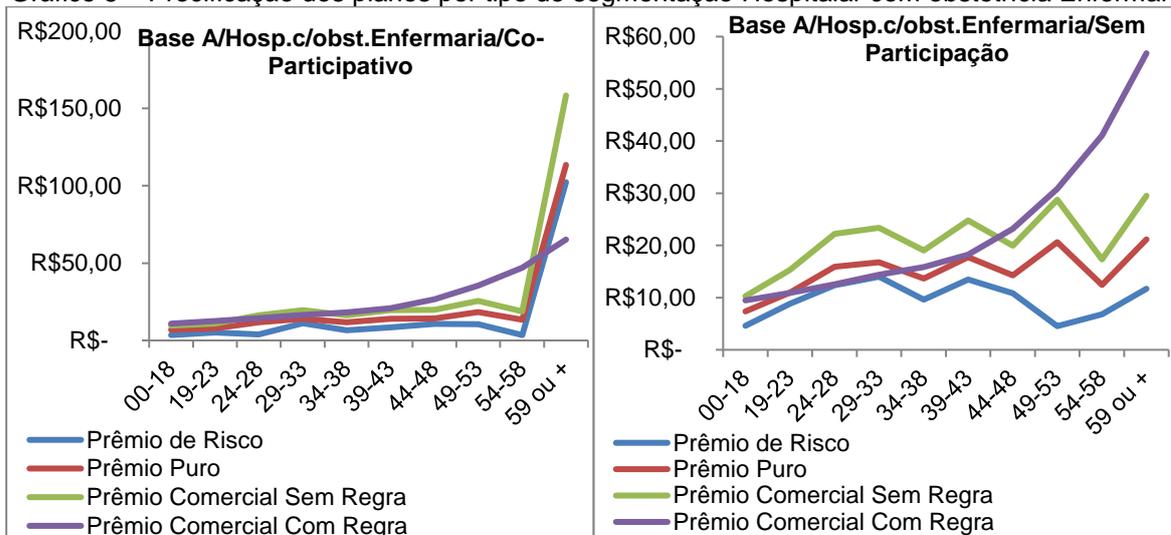


Fonte: Elaboração Própria

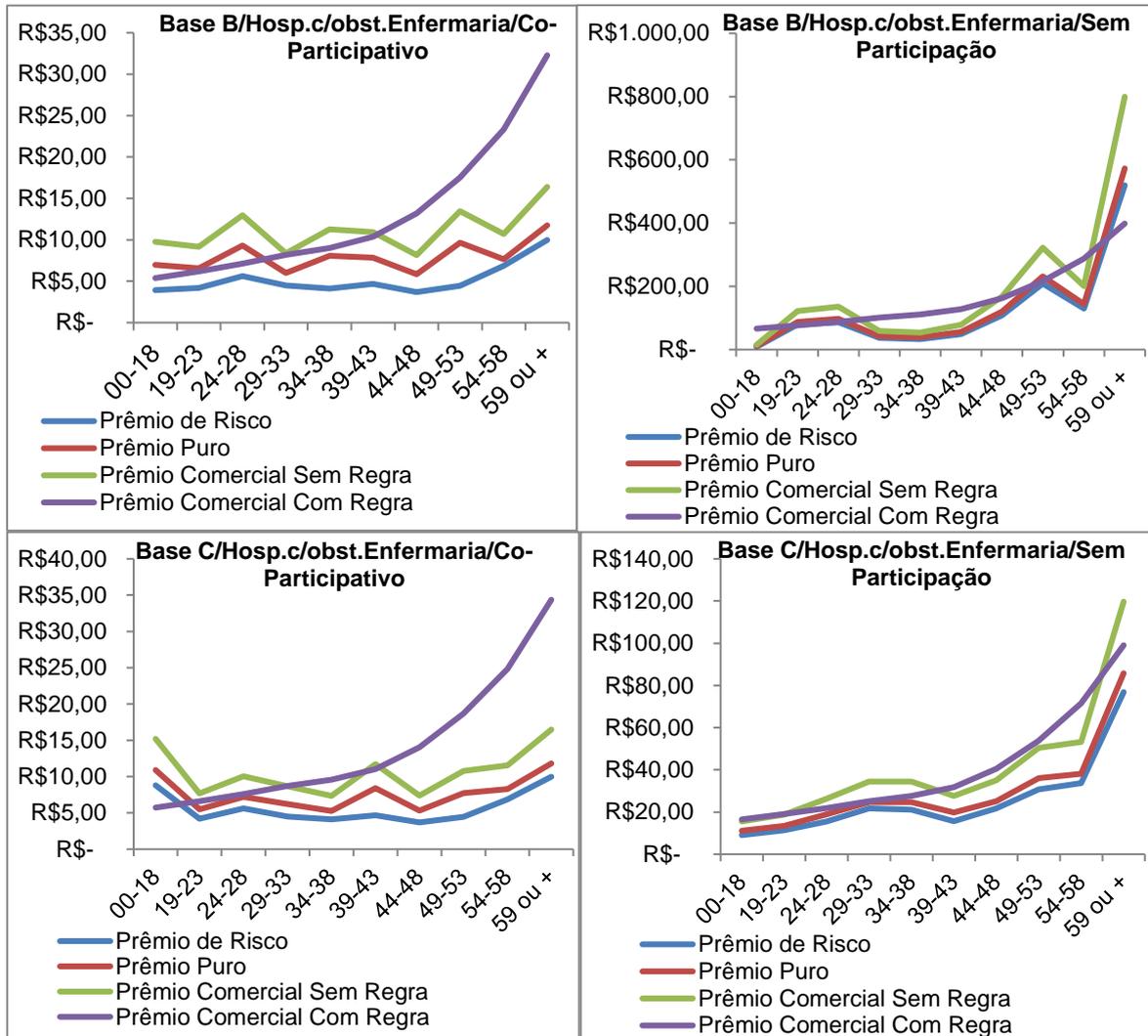
Para o segmento Ambulatorial o tem-se uma violação da regra onde o valor fixado na última faixa etária se encontra a 22,48 vezes maior que a primeira faixa etária como observado a partir do gráfico o salto maior do prêmio sem a regra para a base B no valor de R\$ 1.548,11 para a última faixa etária passando para R\$ 839,31 aplicando a RN 63/03 nos preços.

Já para Base C com a inclusão da regra os prêmios sofrem um aumento, fato perceptível no gráfico onde antes possuía prêmios comerciais de R\$ 145,90 e passou para R\$ 311,07.

Gráfico 5 – Precificação dos planos por tipo de segmentação Hospitalar com obstetrícia Enfermaria



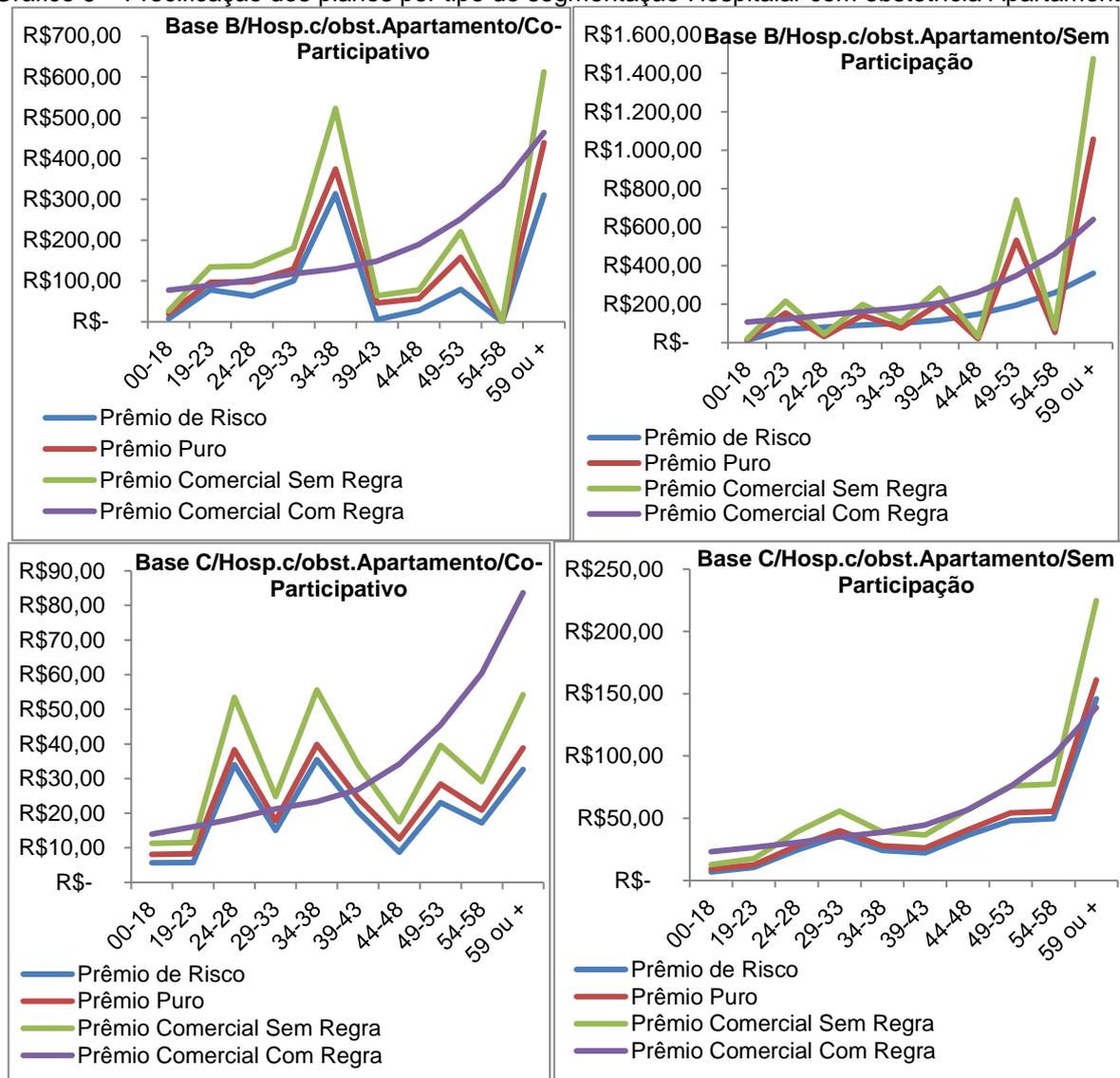
Continua



Fonte: Elaboração Própria

Nos planos com segmentação Hospitalar com obstetrícia Enfermaria para as três base é possível observar frequentes variações entre os prêmios, porém em apenas uma apresenta um aumento nos prêmios com a aplicação da regra, sendo ela a Base A Sem Participação, e mesmo estando dentro da Resolução com um valor fixado para a última faixa etária em 2,87 maior que a primeira faixa a inclusão da regra traz um aumento em quase o dobro de seu valor onde antes tinha R\$ 29,51 de prêmio passou a possuir R\$ 56,81 para a faixa “59 ou +”.

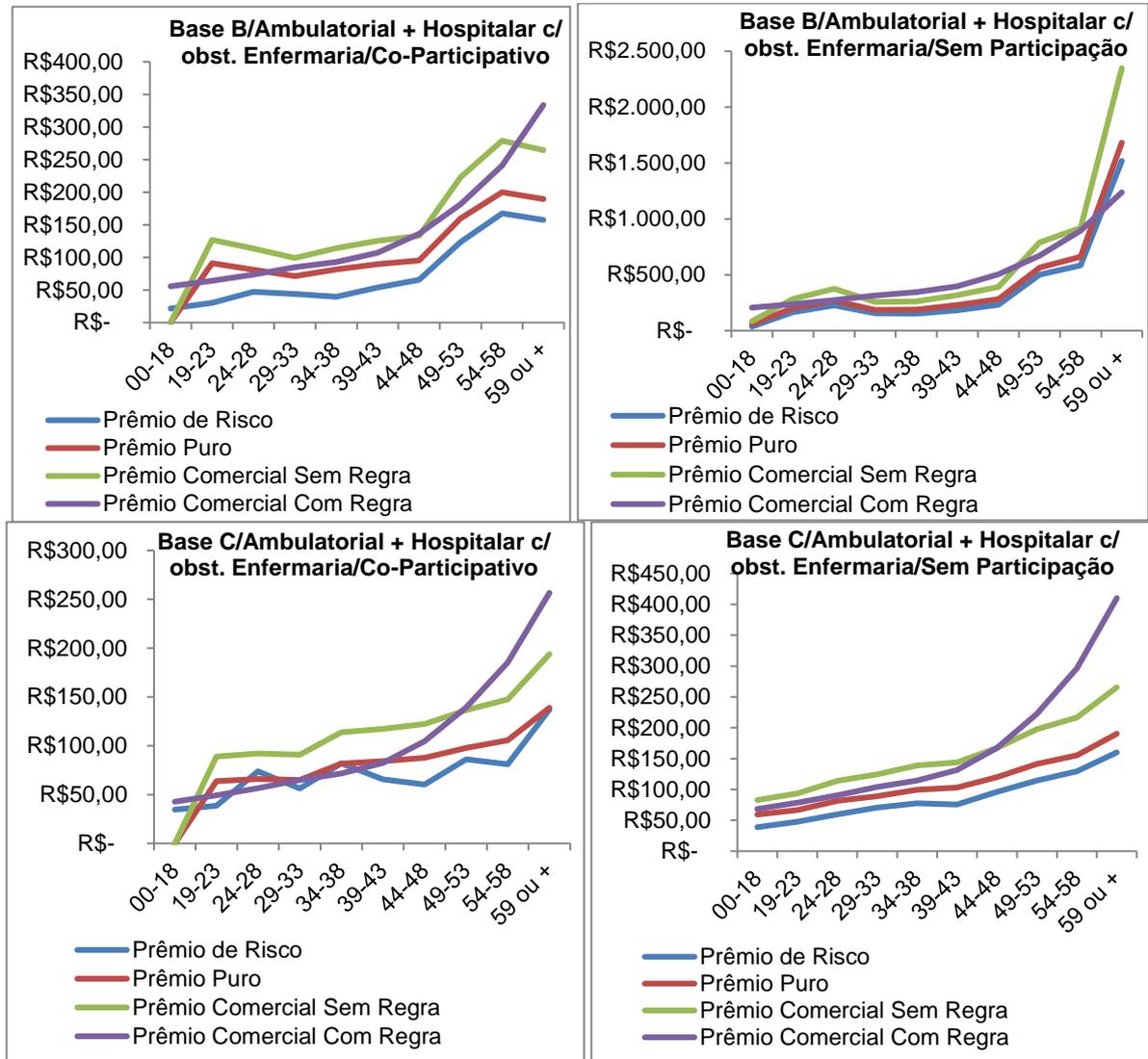
Gráfico 6 – Precificação dos planos por tipo de segmentação Hospitalar com obstetrícia Apartamento



Fonte: Elaboração Própria

Para o segmento Hospitalar com obstetrícia Apartamento Coparticipativo nos chama atenção a Base C com um salto de R\$ 54,22 para R\$ 83,67 para a última faixa etária para esta base é violada a limitação de que a variação acumulada entre a sétima faixa e a décima faixa não pode ser maior que a variação acumulada entre a primeira e a sétima apresentando diferença de 1,55 uma da outra, isto é, possuindo o dobro. Outro fato interessante se encontra nas faixas de “24 a 28” e “34 a 38” que sem a aplicação da RN 63/03 possuíam prêmios de R\$ 53,42 e R\$ 55,59 respectivamente e passaram a ter R\$ 18,45 e R\$ 23,33 uma queda de mais da metade de seus prêmios.

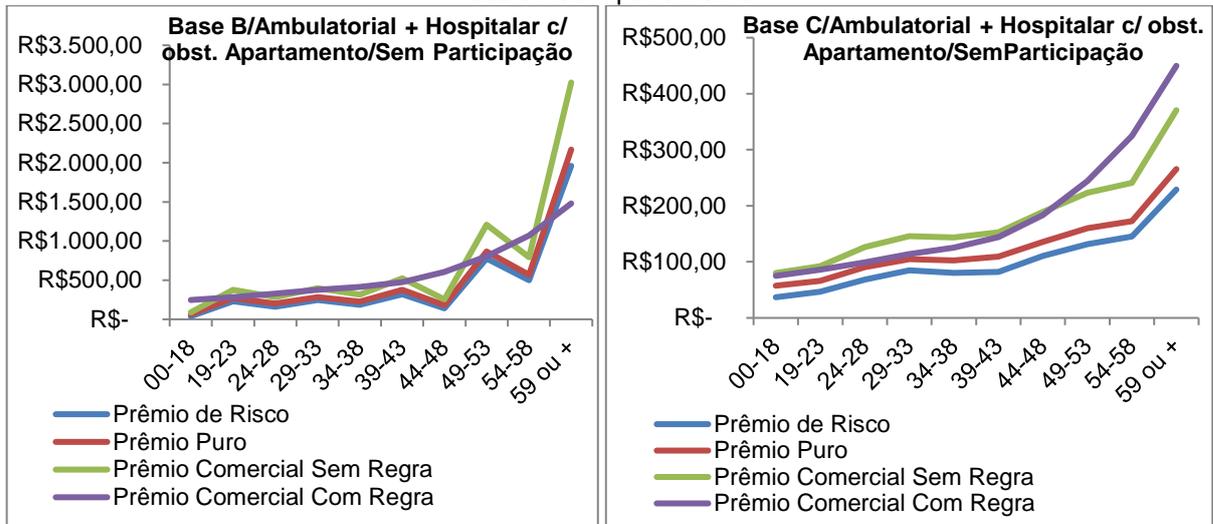
Gráfico 7 – Precificação dos planos por tipo de segmentação Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia Enfermaria



Fonte: Elaboração Própria

O segmento Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia Enfermaria a Base B destaca-se como a mais alta entre os planos sem a inclusão da Regra descumprindo duas limitações da RN 63/03 o valor fixado para a última faixa esta em 27,93 vezes maior que a primeira faixa como também a variação acumulada entre a sétima e a décima esta em 1,31 maior que a variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa etária o que pode nos explicar a queda do valor do prêmio da ultima faixa que se encontrava em R\$ 2.347,38 e passou a possuir R\$ 1.237,84.

Gráfico 8 – Precificação dos planos por tipo de segmentação Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia Apartamento



Fonte: Elaboração Própria

Na segmentação Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia Apartamento observa para a Base C obteve um pequeno aumento de R\$ 79,18 nos prêmios com a regra.

Diante de todas as segmentações expostas até o momento e sendo aplicado o modelo de precificação, incluindo o efeito da RN 63/03 e sem a mesma, é possível observar nos gráficos acima, um alinhamento dos prêmios com a inclusão da regra, isto é, os prêmios antes da regra possuíam variações monetárias entre as faixas etárias, com a inclusão da RN 63/03 gera preços uniformes entre as faixas.

Há um movimento entre os preços com e sem a regulamentação, observando também um peso maior em algumas faixas etárias em especial a última "59 ou +" e segmentação, quando aplicada à regra, sendo verificado este aumento nos prêmios em alguns planos de seguimentos apenas para a última faixa etária que se encontrou em destaque desta pesquisa, conforme tabela 6 (com tabela completa em apêndice):

Tabela 6 – Variações monetárias dos Prêmios Comerciais após regra

	Amb./SemPart./BaseC	Hosp.c/obstetriciaEnfermaria/SemPart./BaseB	Hosp.c/obstetriciaApartamento/CoPart./BaseC	Amb.+Hosp.c/obstetriciaEnfermaria/SemPart./BaseC	Amb.+Hosp.c/obstetriciaApartamento/SemPart./BaseC
Prêmio sem regra	R\$ 145,90	R\$ 29,51	R\$ 54,22	R\$ 265,60	R\$ 370,68
Prêmio com regra	R\$ 311,07	R\$ 56,81	R\$ 83,67	R\$ 410,11	R\$ 449,86

Fonte: Elaboração Própria

A partir da tabela acima verificamos que há um aumento em cerca de quase 50% entre quase todos os prêmios, vale salientar que para este modelo e banco de dados há presença de Outliers⁵, isto é, o modelo não está suavizado em Outliers na série histórica, sendo um dos fatores que trazem um carregamento maior ao prêmio comercial na inclusão da regra.

Como também outro fator é que a RN 63/03 possui um subsídio cruzado, onde há uma transferência de risco entre as faixas mais jovens para as mais idosas, o que também nos explica a redistribuição de preços entre as faixas mais jovens e aumentos nas faixas mais idosas.

⁵Outliers são dados que se distinguem de forma radical de todos os outros dados, um valor que se desvia da normalidade e que pode causar falhas nos resultados de uma análise.

5 CONCLUSÕES

O presente trabalho teve por objetivo comparar pelo meio de precificação dos planos de saúde, a relevância do impacto no efeito da regulamentação RN 63/03 e sem essa regra estabelecida pelo governo.

Em relação aos planos por tipo de contratação os resultados trouxeram que há uma quantidade mais idosa nos planos Sem participação, pois para este tipo de contratação a adesão é livre e a demanda pelo plano é mais idosa e em conformidade há uma quantidade mais jovem nos planos Co-Participativos por serem as faixas em idades ativas no mercado, e por ser também um dos principais mecanismos para amenizar os prejuízos causados por risco moral uma vez que o segurado passará a compartilhar o risco tirando maior parte da responsabilidade da seguradora.

Neste segmento segundo os dados da ANS (2019) relatam que uma frequência de utilização anual e custo per capita por segurado são mais altos nos planos Sem participação do que nos planos Coparticipativos, confirmando a eficácia do mecanismo para solução em amenizar problema do risco moral, sendo a frequência de utilização um importante componente dos custos para a saúde suplementar.

Como também os resultados da precificação nos mostraram um alinhamento aos prêmios comerciais quando aplicada a regra como também um movimento nos preços com a inclusão da regra RN 63/03, sendo explicada pelo subsídio cruzado que ela traz aos custos pagos dos jovens para os mais idosos.

Este pacto intergeracional em termos atuariais gera desequilíbrio em 'n' fatores como seleção adversa⁶ uma vez que o segurador possui mais informações que o segurado e que possam influenciar no nível de risco que seu contrato terá

Como também a maior questão em relação a RN 63/03 o peso do preço para os mais jovens aliviando os mais idosos e o incentivo para que a população mais envelhecida entre nos planos causando assim um desequilíbrio atuarial no plano como um todo e tendendo a uma insolvência uma vez que a distribuição etária da população tende a cada vez mais envelhecer, segundo a ANS (2019) o aumento dos

⁶ Ocorre uma seleção adversa quando há assimetria de informações entre segurador e segurado (ALVES, 2004).

custos que reflete na precificação mostram aumentos por itens em Consultas médicas 41,8%, Exames 46,3%, Internações 73%, Terapias 107,5% dados estes considerando valores da faixa etária de 44 a 48 anos.

Contudo, comparando os dois cenários nos trouxeram a visão de que a RN 63/03 (criada em função do estatuto do idoso) possuem condições a serem adequadas e/ou ajustadas que tragam uma melhor sustentabilidade para a Saúde Suplementar considerando o envelhecimento populacional e o valor de risco que a população jovem tende cada vez ser maior.

E como sugestão para trabalhos futuros:

- Considerar o sexo dos beneficiários na precificação atuarial dos planos de saúde.
- Considerar precificação dos planos de saúde com Outliers suavizado.

REFERÊNCIAS

ALVES. S. L. **Estimando Seleção Adversa em Planos de Saúde**. Rio De Janeiro, 2004. Disponível em: http://www.anpec.org.br/revista/vol5/vol5n3p253_283.pdf. Acesso em: 18 de Ago 2019.

AMÉRICO. R. G. B. **Precificação de plano de saúde suplementar: a regulação e burocratização do sistema**. Recife, 2018.

ANS. **Análise de Nota Técnica Atuarial de Produtos (NTRP) e Pacto Intergeracional**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/analise_ntrp.pdf. Acesso em: 15 de Jun 2019.

ANS. **Aspectos Financeiros do Ressarcimento ao SUS: Orientações sobre os Procedimentos de Cobrança**. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Desenvolvimento Setorial. Gerência Executiva de Integração e Ressarcimento ao SUS. Coordenadoria de Estímulo à Adimplência. Rio de Janeiro. ANS, 2017.

ANS. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro, junho/2017.

ANS. **Dados gerais**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 24 de Set 2019.

ANS. **Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2002.

AZEVEDO, G. H. W. **Seguros, Matemática Atuarial e Financeira**. 1ª edição, pág. 179, SARAIVA. São Paulo, 2008.

BRASIL, Ministério da saúde. **Regulação e Saúde. Vol. 3**. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Documentos Técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003. Rio de Janeiro. Ministério da saúde, 2004.

BRUNI, A. L; FAMÁ, R. **Gestão de Cursos e formação de preços**. 6ª edição, pág. 253, ATLAS. São Paulo, 2012.

CALDEIRA, L., **Caderno de Seguros: Teses** Nº 03 O Contrato de Seguro Privado e a Proteção do Consumidor. Pág. 22-24. Funenseg, Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=Bib_Digital&PagFis=1075&Pesq. Acesso em: 25 de Set 2017

FENASAÚDE. **Reajustes dos Planos e Seguros Privados de Saúde**. Cartilha 11, 2018. Disponível em: <http://midias.cnseg.org.br/data/files/26/90/F3/C7/3EC866103DEFD566F98AA8A8/Cartilha11%20FenaSaude%20-%20Reajuste.pdf>. Acesso em: 15 de Jun 2019

FENASEG. **Guia da Saúde**, pág. 6, Rio de Janeiro, 2003.

FERREIRA, P. P. Modelos do Risco Coletivo Anual. **Modelos de Precificação e Ruína para Seguros de Curto Prazo**. Rio de Janeiro: FUNENSEG, 2002. Pág 33-44.

FUNESEG. **Tudo sobre seguros**: Portal de referência sobre seguros, previdência e capitalização. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: http://www.tudosobreseguros.org.br/portal/pagina.php?l=202#tipos_operadors. Acesso em: 22 de Out 2017.

GUERREIRO, M. F., **Seguros Privados: doutrina, legislação e jurisprudência**. 2ª edição. Forence Universitária. Rio de Janeiro, 2004.

IBGE. **Projeção da população**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm. Acesso em: 15 de Jun 2019

IBGE. **Projeção da população**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: https://ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/box_generico.html?ag=15&ano=2013&id=6. Acesso em: 23 de Ago 2019.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais (SIS)**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/9487-sis-2016-67-7-dos-idosos-ocupados-comecaram-a-trabalhar-com-ate-14-anos>. Acesso em: 17 de Jun 2019.

LAURELL, A.C., 1995. **La logica de laprivatizacion em salud**. In: Política de Saúde: O Público e o Privado (C. Eibenschutz, org). Pág. 31-48. Floacruz, 1996.

LUCAS FILHO, Olívio. **Seguro**: fundamentos, formação de preço, provisões e funções biométricas. 1ª ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LIMA, C.R.M.; OLIVEIRA, R.M.S. **Prestadores de Serviços no Setor de Saúde Suplementar no Brasil**. In: LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro (org.). Administração da Assistência Suplementar à Saúde. Rio de Janeiro: E-Papers Serviços, 2005.

LUCAS FILHO, O. **Seguros**: Fundamentos, Formação de Preço, Provisões e Funções Biométricas. São Paulo: Atlas, 2011.

MACIEL JUNIOR, J. N. **Fatores inibidores do risco moral na demanda por consultas médicas eletivas**. Fortaleza: UFC, 2011. Dissertação.

MACIEL JUNIOR, J. N., **Precificação dos planos de saúde**: apresentando alguns aspectos técnicos envolvidos. Disponível em: <https://www.linkedin.com/pulse/precifica%C3%A7%C3%A3o-dos-planos-de-sa%C3%BAde-apresentando-alguns-maciel-junior/>. Fortaleza, 2016. Acesso em: 12 de Out 2017.

MAIA, A. C., CARVALHO, J. V. F. **A espiral de Anti-Seleção no Mercado Brasileiro de Planos de Saúde Individuais**. São Paulo: USP, 2018.

MILAN. G. S. *et al.* **As estratégias de precificação e o desempenho das empresas.** Rio Grande do Sul: UCS, 2016.

MIRANDA, MENDES e SILVA. **O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras.** Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbqg/v19n3/pt_1809-9823-rbqg-19-03-00507.pdf. Rio de Janeiro, 2016. Acesso em: 14 de Ago 2019..

PARIZATTO, J. R. **Seguro Teoria & Prática.** 2ª edição, pág. 21. PARIZATTO, São Paulo, 2010.

PIETROBON. L. *et al.* **Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor.** Santa Catarina: UFSC, 2008.

PILOTTO. L. M. **Os planos privados de saúde no Brasil e sua influência no uso de serviços de saúde: análise dos dados da PNAD 1998, 2003, 2008 e da PNS 2013.** Porto Alegre, 2016.

RAMALHO, R. L., **Precificação de planos de saúde.** Pg. 21-71 Florianópolis: UFSC, 2002. Dissertação.

RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 63 de 22 de fevereiro de 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=NzQ4>. Acesso em: 23 de Out 2017.

RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 400 de 25 de fevereiro de 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizPDF&format=raw&id=MzlwNQ==>. Acesso em: 04 de Ago 2017.

RESOLUÇÃO IBA Nº 02/2014. Disponível em: http://www.atuarios.org.br/docs_old/Arq635475931482992040.pdf. Acesso em: 17 de Set 2017.

SANTOS, F. P, et al. **A alteração na saúde suplementar: uma análise dos dois principais resultados alcançados.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. Vol. 13, nº 5, (Setembro-Outubro) 2008. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2008.v13n5/1463-1475/pt>. Acesso em: 15 de Jun 2019.

SANTOS. J. J., **CADERNO DE SEGUROS: TESE Nº 18: MEIOS ALTERNATIVOS DE SOLUÇÃO DE CONFLITOS.** Pág. 77. Funenseg. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=Bib_Digital&PagFis=1075&Pesq. Acesso em: 01 de Out 2017.

SANTOS. S. L. **ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E GASTOS COM SAÚDE: Uma análise das Transferências Intergeracionais e Intraeracionais na Saúde Suplementar Brasileira.** Belo Horizonte: UFMG, 2017. Dissertação.

SANTOS. S. L.*et al.* **ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E GASTOS COM SAÚDE:** Uma análise das Transferências Intergeracionais e Intrageracionais na Saúde Suplementar Brasileira. Belo Horizonte: UFMG, 2018. Artigo.

SOUZA, Silney de. **Seguros: Contabilidade, Atuária e Auditoria.** 2ª edição. Pág. 3. Revisada e atualizada. São Paulo: Saraiva, 2007.

ZANITELLI. L. M. **Planos de saúde e planos-referência:** Considerações sobre uma eventual alteração da Lei no 9.656/1998. Brasília, 2007.

VENDRAMINI. L. F. **Precificação de planos de assistência à saúde:** uma visão integrada. Paraná, 2005.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Precificação dos planos de saúde – seguimento Ambulatorial

CoParticipativo							Sem Participação								
Segmento	Base	Faixa etária	Prêmio de Risco	Prêmio Puro	Prêmio Comercial Sem Regra	Prêmio Comercial Com Regra	Distribuição Etária Padrão	Segmento	Base	Faixa etária	Prêmio de Risco	Prêmio Puro	Prêmio Comercial Sem Regra	Prêmio Comercial Com Regra	Distribuição Etária Padrão
A m b u l a t o r i a l	B A S E	00-18					1,00000	A m b u l a t o r i a l	B A S E	00-18	R\$ 27,46	R\$ 49,35	R\$ 68,86	R\$ 139,91	1,00000
		19-23					1,14990			19-23	R\$ 88,24	R\$ 115,48	R\$ 161,14	R\$ 160,88	1,14990
		24-28					1,32260			24-28	R\$ 138,89	R\$ 171,68	R\$ 239,55	R\$ 185,04	1,32260
		29-33					1,52090			29-33	R\$ 117,23	R\$ 142,94	R\$ 199,45	R\$ 212,79	1,52090
		34-38					1,67280			34-38	R\$ 119,07	R\$ 149,97	R\$ 209,27	R\$ 234,04	1,67280
		39-43					1,92390			39-43	R\$ 134,80	R\$ 172,11	R\$ 240,15	R\$ 269,17	1,92390
		44-48					2,44990			44-48	R\$ 123,71	R\$ 161,30	R\$ 225,07	R\$ 342,76	2,44990
		49-53					3,25810			49-53	R\$ 293,29	R\$ 334,51	R\$ 466,75	R\$ 455,83	3,25810
		54-58					4,33330			54-58	R\$ 454,31	R\$ 516,28	R\$ 720,39	R\$ 606,26	4,33330
		59 ou +					5,99900			59 ou +	R\$ 999,20	R\$ 1.109,48	R\$ 1.548,11	R\$ 839,31	5,99900
	Total							Total	R\$ 2.496,18	R\$ 2.923,10	R\$ 309.778,85	R\$ 309.778,85			
	Regra							Regra	36,3931	22,4825	22,4825	5,9990			
	ANS - RN							ANS - RN	8,0771	6,8783	6,8783	2,4487			
	63/03							63/03	4,5057	3,2686	3,2686	2,4499			
									ERRO	ERRO	ERRO	OK			
B A S E	C	00-18					1,00000	B A S E	C	00-18	R\$ 29,90	R\$ 48,30	R\$ 67,40	R\$ 51,85	1,00000
		19-23					1,14990			19-23	R\$ 36,19	R\$ 53,44	R\$ 74,57	R\$ 59,63	1,14990
		24-28					1,32260			24-28	R\$ 44,19	R\$ 62,82	R\$ 87,66	R\$ 68,58	1,32260
		29-33					1,52090			29-33	R\$ 48,83	R\$ 64,59	R\$ 90,12	R\$ 78,86	1,52090
		34-38					1,67280			34-38	R\$ 56,25	R\$ 74,94	R\$ 104,57	R\$ 86,74	1,67280
		39-43					1,92390			39-43	R\$ 60,04	R\$ 83,36	R\$ 116,31	R\$ 99,76	1,92390
		44-48					2,44990			44-48	R\$ 74,31	R\$ 94,83	R\$ 132,32	R\$ 127,03	2,44990
		49-53					3,25810			49-53	R\$ 83,71	R\$ 105,52	R\$ 147,23	R\$ 168,94	3,25810
		54-58					4,33330			54-58	R\$ 95,64	R\$ 117,32	R\$ 163,70	R\$ 224,69	4,33330
		59 ou +					5,99900			59 ou +	R\$ 83,26	R\$ 104,56	R\$ 145,90	R\$ 311,07	5,99900
	Total							Total	R\$ 612,32	R\$ 809,67	R\$ 114.810,76	R\$ 114.810,76			
	Regra							Regra	2,7844	2,1647	2,1647	5,9990			
	ANS - RN							ANS - RN	1,1205	1,1026	1,1026	2,4487			
	63/03							63/03	2,4851	1,9633	1,9633	2,4499			
									OK	OK	OK	OK			

Fonte: Elaboração Própria

APÊNDICE B – Precificação dos planos de saúde – seguimento Hospitalar com obstetrícia Enfermaria

		CoParticipativo						Sem Participação							
Segmento	Base	Faixa etária	Prêmio de Risco	Prêmio Puro	Prêmio Comercial Sem Recra	Prêmio Comercial Com Recra	Distribuição Etária Padrão	Segmento	Base	Faixa etária	Prêmio de Risco	Prêmio Puro	Prêmio Comercial Sem Recra	Prêmio Comercial Com Recra	Distribuição Etária Padrão
Hospitalar	BASE A	00-18	R\$ 3,55	R\$ 6,87	R\$ 9,59	R\$ 10,87	1,00000	Hospitalar	BASE A	00-18	R\$ 4,62	R\$ 7,36	R\$ 10,27	R\$ 9,47	1,00000
		19-23	R\$ 5,10	R\$ 7,74	R\$ 10,81	R\$ 12,50	1,14990			19-23	R\$ 8,83	R\$ 10,95	R\$ 15,27	R\$ 10,89	1,14990
		24-28	R\$ 3,90	R\$ 11,63	R\$ 16,23	R\$ 14,37	1,32260			24-28	R\$ 12,38	R\$ 15,93	R\$ 22,23	R\$ 12,52	1,32260
		29-33	R\$ 11,15	R\$ 13,95	R\$ 19,47	R\$ 16,53	1,52090			29-33	R\$ 14,01	R\$ 16,75	R\$ 23,37	R\$ 14,40	1,52090
		34-38	R\$ 6,57	R\$ 11,70	R\$ 16,33	R\$ 18,18	1,67280			34-38	R\$ 9,64	R\$ 13,65	R\$ 19,05	R\$ 15,84	1,67280
		39-43	R\$ 8,40	R\$ 13,96	R\$ 19,48	R\$ 20,91	1,92390			39-43	R\$ 13,45	R\$ 17,74	R\$ 24,76	R\$ 18,22	1,92390
		44-48	R\$ 10,80	R\$ 14,24	R\$ 19,87	R\$ 26,63	2,44990			44-48	R\$ 10,85	R\$ 14,29	R\$ 19,94	R\$ 23,20	2,44990
		49-53	R\$ 10,42	R\$ 18,26	R\$ 25,48	R\$ 35,41	3,25810			49-53	R\$ 4,53	R\$ 20,61	R\$ 28,76	R\$ 30,85	3,25810
		54-58	R\$ 3,48	R\$ 13,44	R\$ 18,75	R\$ 47,09	4,33330			54-58	R\$ 6,82	R\$ 12,40	R\$ 17,31	R\$ 41,03	4,33330
		59 ou +	R\$ 102,27	R\$ 113,44	R\$ 158,30	R\$ 65,20	5,99900			59 ou +	R\$ 11,67	R\$ 21,15	R\$ 29,51	R\$ 56,81	5,99900
		Total	R\$ 165,64	R\$ 225,24	R\$ 24.063,55	R\$ 24.063,55				Total	R\$ 96,79	R\$ 150,83	R\$ 20.966,32	R\$ 20.966,32	
		Regra	28,7745	16,5131	16,5131	5,9990				Regra	2,5265	2,8740	2,8740	5,9990	
ANS -	9,4726	7,9670	7,9670	2,4487		ANS -	1,0756	1,4803	1,4803	2,4487					
RN	3,0376	2,0727	2,0727	2,4499		RN	2,3489	1,9415	1,9415	2,4499					
63/03	ERRO	ERRO	ERRO	OK		63/03	OK	OK	OK	OK					
obst	BASE B	00-18	R\$ 3,91	R\$ 6,99	R\$ 9,76	R\$ 24,11	1,00000	obst	BASE B	00-18	R\$ 8,80	R\$ 10,88	R\$ 15,18	R\$ 66,43	1,00000
		19-23	R\$ 5,55	R\$ 8,07	R\$ 11,26	R\$ 27,72	1,14990			19-23	R\$ 79,22	R\$ 87,57	R\$ 122,19	R\$ 76,39	1,14990
		24-28	R\$ 9,18	R\$ 13,22	R\$ 18,44	R\$ 31,89	1,32260			24-28	R\$ 86,91	R\$ 96,98	R\$ 135,32	R\$ 87,86	1,32260
		29-33	R\$ 17,36	R\$ 20,18	R\$ 28,16	R\$ 36,67	1,52090			29-33	R\$ 36,79	R\$ 42,17	R\$ 58,85	R\$ 101,04	1,52090
		34-38	R\$ 8,27	R\$ 12,65	R\$ 17,65	R\$ 40,33	1,67280			34-38	R\$ 32,91	R\$ 38,93	R\$ 54,31	R\$ 111,13	1,67280
		39-43	R\$ 14,72	R\$ 18,88	R\$ 26,35	R\$ 46,38	1,92390			39-43	R\$ 48,65	R\$ 56,34	R\$ 78,61	R\$ 127,81	1,92390
		44-48	R\$ 14,30	R\$ 17,51	R\$ 24,43	R\$ 59,06	2,44990			44-48	R\$ 108,26	R\$ 119,73	R\$ 167,07	R\$ 162,75	2,44990
		49-53	R\$ 14,88	R\$ 21,13	R\$ 29,48	R\$ 78,55	3,25810			49-53	R\$ 209,03	R\$ 231,05	R\$ 322,40	R\$ 216,45	3,25810
		54-58	R\$ 265,82	R\$ 292,53	R\$ 408,18	R\$ 104,47	4,33330			54-58	R\$ 129,38	R\$ 143,63	R\$ 200,42	R\$ 287,87	4,33330
		59 ou +	R\$ 125,18	R\$ 138,47	R\$ 193,22	R\$ 144,62	5,99900			59 ou +	R\$ 519,49	R\$ 572,82	R\$ 799,28	R\$ 398,53	5,99900
		Total	R\$ 479,18	R\$ 549,64	R\$ 53.378,98	R\$ 53.378,98				Total	R\$ 1.259,44	R\$ 1.400,10	R\$ 147.093,99	R\$ 147.093,99	
		Regra	31,9820	19,7997	19,7997	5,9990				Regra	59,0262	52,6654	52,6654	5,9990	
ANS -	8,7563	7,9080	7,9080	2,4487		ANS -	4,7984	4,7841	4,7841	2,4487					
RN	3,6525	2,5038	2,5038	2,4499		RN	12,3013	11,0085	11,0085	2,4499					
63/03	ERRO	ERRO	ERRO	OK		63/03	ERRO	ERRO	ERRO	OK					
Enfermaria	BASE C	00-18	R\$ 8,81	R\$ 10,89	R\$ 15,19	R\$ 19,15	1,00000	Enfermaria	BASE C	00-18	R\$ 9,06	R\$ 11,13	R\$ 15,53	R\$ 16,51	1,00000
		19-23	R\$ 12,13	R\$ 14,24	R\$ 19,87	R\$ 22,02	1,14990			19-23	R\$ 11,36	R\$ 13,46	R\$ 18,78	R\$ 18,99	1,14990
		24-28	R\$ 28,75	R\$ 32,62	R\$ 45,51	R\$ 25,33	1,32260			24-28	R\$ 15,46	R\$ 18,86	R\$ 26,31	R\$ 21,84	1,32260
		29-33	R\$ 14,56	R\$ 17,30	R\$ 24,14	R\$ 28,12	1,52090			29-33	R\$ 21,66	R\$ 24,70	R\$ 34,46	R\$ 25,11	1,52090
		34-38	R\$ 39,38	R\$ 44,07	R\$ 61,49	R\$ 32,03	1,67280			34-38	R\$ 21,18	R\$ 24,68	R\$ 34,44	R\$ 27,62	1,67280
		39-43	R\$ 12,19	R\$ 16,67	R\$ 23,25	R\$ 36,84	1,92390			39-43	R\$ 15,66	R\$ 19,76	R\$ 27,57	R\$ 31,77	1,92390
		44-48	R\$ 20,67	R\$ 23,98	R\$ 33,45	R\$ 46,91	2,44990			44-48	R\$ 21,71	R\$ 25,06	R\$ 34,97	R\$ 40,45	2,44990
		49-53	R\$ 25,01	R\$ 30,34	R\$ 42,34	R\$ 62,39	3,25810			49-53	R\$ 30,71	R\$ 36,09	R\$ 50,35	R\$ 53,79	3,25810
		54-58	R\$ 46,01	R\$ 51,34	R\$ 71,63	R\$ 82,98	4,33330			54-58	R\$ 33,74	R\$ 38,11	R\$ 53,17	R\$ 71,55	4,33330
		59 ou +	R\$ 116,56	R\$ 129,05	R\$ 180,07	R\$ 114,88	5,99900			59 ou +	R\$ 76,84	R\$ 85,79	R\$ 119,70	R\$ 99,05	5,99900
		Total	R\$ 324,07	R\$ 370,48	R\$ 42.399,36	R\$ 42.399,36				Total	R\$ 257,40	R\$ 297,63	R\$ 36.557,82	R\$ 36.557,82	
		Regra	13,2290	11,8542	11,8542	5,9990				Regra	8,4795	7,7082	7,7082	5,9990	
ANS -	5,6379	5,3824	5,3824	2,4487		ANS -	3,5386	3,4230	3,4230	2,4487					
RN	2,3464	2,2024	2,2024	2,4499		RN	2,3963	2,2519	2,2519	2,4499					
63/03	ERRO	ERRO	ERRO	OK		63/03	ERRO	ERRO	ERRO	OK					

Fonte: Elaboração Própria

APÊNDICE C – Precificação dos planos de saúde – seguimento Hospitalar com obstetrícia Apartamento

		CoParticipativo						Sem Participação								
Segmento	Base	Faixa etária	Prêmio de Risco	Prêmio Puro	Prêmio Comercial Sem Rera	Prêmio Comercial Com Rera	Distribuição Etária Padrão	Base	Segmento	Faixa etária	Prêmio de Risco	Prêmio Puro	Prêmio Comercial Sem Rera	Prêmio Comercial Com Rera	Distribuição Etária Padrão	
Hospitalar	BASE	00-18	R\$ 7,79	R\$ 19,10	R\$ 26,64	R\$ 77,30	1,00000	Hospitalar	BASE	00-18	R\$ 12,10	R\$ 14,18	R\$ 19,78	R\$ 106,77	1,00000	
		19-23	R\$ 77,73	R\$ 96,40	R\$ 134,51	R\$ 88,88	1,14990			19-23	R\$ 69,08	R\$ 154,72	R\$ 215,89	R\$ 122,78	1,14990	
		24-28	R\$ 63,22	R\$ 98,16	R\$ 136,96	R\$ 102,23	1,32260			24-28	R\$ 79,45	R\$ 30,97	R\$ 43,21	R\$ 141,22	1,32260	
		29-33	R\$ 100,30	R\$ 129,12	R\$ 180,17	R\$ 117,56	1,52090			29-33	R\$ 91,37	R\$ 141,67	R\$ 197,68	R\$ 162,39	1,52090	
		34-38	R\$ 313,78	R\$ 374,55	R\$ 522,63	R\$ 129,30	1,67280			34-38	R\$ 100,49	R\$ 75,74	R\$ 105,69	R\$ 178,61	1,67280	
		39-43	R\$ 5,51	R\$ 45,71	R\$ 63,78	R\$ 148,71	1,92390			39-43	R\$ 115,57	R\$ 203,19	R\$ 283,52	R\$ 205,42	1,92390	
		44-48	R\$ 27,83	R\$ 56,13	R\$ 78,32	R\$ 189,37	2,44990			44-48	R\$ 147,17	R\$ 20,90	R\$ 29,16	R\$ 261,58	2,44990	
		49-53	R\$ 79,26	R\$ 157,98	R\$ 220,43	R\$ 251,84	3,25810			49-53	R\$ 195,72	R\$ 531,57	R\$ 741,72	R\$ 347,88	3,25810	
		54-58	R\$ -	-	-	R\$ 334,95	4,33330			54-58	R\$ 260,31	R\$ 52,94	R\$ 73,87	R\$ 462,68	4,33330	
		59 ou +	R\$ 310,66	R\$ 438,74	R\$ 612,20	R\$ 463,70	5,99900			59 ou +	R\$ 360,38	R\$ 1.058,13	R\$ 1.476,46	R\$ 640,53	5,99900	
		Total	R\$ 986,08	R\$ 1.415,88	R\$ 171.146,08	R\$ 171.146,08					Total	R\$ 133.011,80	R\$ 2.284,00	R\$ 236.412,44	R\$ 236.412,44	
		Regra	39,8583	22,9764	22,9764	5,9990					Regra	29,7880	74,6339	74,6339	5,9990	
		ANS -	11,1639	7,8169	7,8169	2,4487					ANS -	2,4487	50,6369	50,6369	2,4487	
		RN	3,5703	2,9393	2,9393	2,4499					RN	12,1650	1,4739	1,4739	2,4499	
63/03	ERRO	ERRO	ERRO	OK			63/03	ERRO	ERRO	ERRO	OK					
Apartamento	BASE	00-18	R\$ 5,67	R\$ 8,09	R\$ 11,29	R\$ 13,95	1,00000	Apartamento	BASE	00-18	R\$ 6,93	R\$ 9,14	R\$ 12,75	R\$ 23,14	1,00000	
		19-23	R\$ 5,77	R\$ 8,24	R\$ 11,50	R\$ 16,04	1,14990			19-23	R\$ 10,51	R\$ 12,60	R\$ 17,59	R\$ 26,60	1,14990	
		24-28	R\$ 34,04	R\$ 38,28	R\$ 53,42	R\$ 18,45	1,32260			24-28	R\$ 24,30	R\$ 27,91	R\$ 38,94	R\$ 30,60	1,32260	
		29-33	R\$ 15,03	R\$ 17,78	R\$ 24,82	R\$ 21,21	1,52090			29-33	R\$ 35,86	R\$ 39,97	R\$ 55,77	R\$ 35,19	1,52090	
		34-38	R\$ 35,46	R\$ 39,84	R\$ 55,59	R\$ 23,33	1,67280			34-38	R\$ 24,24	R\$ 27,88	R\$ 38,90	R\$ 38,70	1,67280	
		39-43	R\$ 20,39	R\$ 24,37	R\$ 34,01	R\$ 26,83	1,92390			39-43	R\$ 22,15	R\$ 26,15	R\$ 36,49	R\$ 44,51	1,92390	
		44-48	R\$ 8,73	R\$ 12,53	R\$ 17,48	R\$ 34,17	2,44990			44-48	R\$ 36,43	R\$ 40,78	R\$ 56,90	R\$ 56,68	2,44990	
		49-53	R\$ 23,03	R\$ 28,40	R\$ 39,63	R\$ 45,44	3,25810			49-53	R\$ 48,11	R\$ 54,39	R\$ 75,89	R\$ 75,38	3,25810	
		54-58	R\$ 17,19	R\$ 20,85	R\$ 29,09	R\$ 60,44	4,33330			54-58	R\$ 49,83	R\$ 55,49	R\$ 77,42	R\$ 100,26	4,33330	
		59 ou +	R\$ 32,62	R\$ 38,86	R\$ 54,22	R\$ 83,67	5,99900			59 ou +	R\$ 145,84	R\$ 161,09	R\$ 224,78	R\$ 138,79	5,99900	
		Total	R\$ 197,93	R\$ 237,25	R\$ 30.882,62	R\$ 30.882,62					Total	R\$ 404,20	R\$ 455,39	R\$ 51.227,64	R\$ 51.227,64	
		Regra	5,7532	4,8015	4,8015	5,9990					Regra	21,0555	17,6282	17,6282	5,9990	
		ANS -	3,7365	3,1021	3,1021	2,4487					ANS -	4,0031	3,9507	3,9507	2,4487	
		RN	1,5397	1,5478	1,5478	2,4499					RN	5,2597	4,4621	4,4621	2,4499	
63/03	ERRO	ERRO	ERRO	OK			63/03	ERRO	ERRO	ERRO	OK					

Fonte: Elaboração Própria

APÊNDICE D – Precificação dos planos de saúde – seguimento Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia Enfermaria

CoParticipativo							Sem Participação								
Base	Segmento	Faixa etária	Prêmio de Risco	Prêmio Puro	Prêmio Comercial Sem Regra	Prêmio Comercial Com Regra	Distribuição Etária Padrão	Base	Segmento	Faixa etária	Prêmio de Risco	Prêmio Puro	Prêmio Comercial Sem Regra	Prêmio Comercial Com Regra	Distribuição Etária Padrão
Ambulatorial + Enfermaria	BASE B	00-18	R\$ 21,59	-	-	R\$ 74,37	1,00000	Ambulatorial + Enfermaria	BASE B	00-18	R\$ 36,26	R\$ 60,23	R\$ 84,04	R\$ 206,34	1,00000
		19-23	R\$ 31,32	R\$ 92,44	R\$ 128,99	R\$ 85,52	1,14990			19-23	R\$ 167,46	R\$ 203,05	R\$ 283,33	R\$ 237,27	1,14990
		24-28	R\$ 50,53	R\$ 85,22	R\$ 118,92	R\$ 98,37	1,32260			24-28	R\$ 225,80	R\$ 268,65	R\$ 374,86	R\$ 272,91	1,32260
		29-33	R\$ 56,73	R\$ 85,22	R\$ 118,91	R\$ 113,12	1,52090			29-33	R\$ 154,02	R\$ 185,11	R\$ 258,30	R\$ 313,82	1,52090
		34-38	R\$ 43,58	R\$ 86,31	R\$ 120,43	R\$ 124,41	1,67280			34-38	R\$ 151,98	R\$ 188,90	R\$ 263,58	R\$ 345,17	1,67280
		39-43	R\$ 63,70	R\$ 100,80	R\$ 140,65	R\$ 143,09	1,92390			39-43	R\$ 183,45	R\$ 228,45	R\$ 318,77	R\$ 396,98	1,92390
		44-48	R\$ 76,15	R\$ 106,79	R\$ 149,01	R\$ 182,21	2,44990			44-48	R\$ 231,97	R\$ 281,04	R\$ 392,14	R\$ 505,51	2,44990
		49-53	R\$ 134,14	R\$ 171,22	R\$ 238,91	R\$ 242,32	3,25810			49-53	R\$ 502,32	R\$ 565,56	R\$ 789,15	R\$ 672,28	3,25810
		54-58	R\$ 426,48	R\$ 484,81	R\$ 676,48	R\$ 322,29	4,33330			54-58	R\$ 583,69	R\$ 659,91	R\$ 920,81	R\$ 894,14	4,33330
		59 ou +	R\$ 272,63	R\$ 316,26	R\$ 441,30	R\$ 446,17	5,99900			59 ou +	R\$ 1.518,68	R\$ 1.682,30	R\$ 2.347,39	R\$ 1.237,84	5,99900
		Total	R\$ 1.176,85	R\$ 1.529,08	R\$ 164.676,40	R\$ 164.676,40				Total	R\$ 3.755,63	R\$ 4.323,20	R\$ 456.872,85	R\$ 456.872,85	
		Regra	12,6248	-	-	5,9990				Regra	41,8871	27,9335	27,9335	5,9990	
		ANS -	3,5801	2,9615	2,9615	2,4487				ANS -	6,5469	5,9860	5,9860	2,4487	
RN	3,5264	-	-	2,4499		RN	6,3980	4,6664	4,6664	2,4499					
63/03	ERRO	ERRO	ERRO	OK		63/03	ERRO	ERRO	ERRO	OK					
Hospitalar	BASE C	00-18	R\$ 34,63	-	-	R\$ 56,18	1,00000	Hospitalar	BASE C	00-18	R\$ 38,97	R\$ 59,43	R\$ 82,93	R\$ 68,36	1,00000
		19-23	R\$ 38,63	R\$ 72,54	R\$ 101,22	R\$ 64,60	1,14990			19-23	R\$ 47,55	R\$ 66,90	R\$ 93,35	R\$ 78,61	1,14990
		24-28	R\$ 73,80	R\$ 91,32	R\$ 127,42	R\$ 74,30	1,32260			24-28	R\$ 59,65	R\$ 81,68	R\$ 113,97	R\$ 90,42	1,32260
		29-33	R\$ 56,13	R\$ 76,23	R\$ 106,37	R\$ 85,44	1,52090			29-33	R\$ 70,49	R\$ 89,28	R\$ 124,58	R\$ 103,97	1,52090
		34-38	R\$ 81,89	R\$ 120,44	R\$ 168,05	R\$ 93,98	1,67280			34-38	R\$ 77,43	R\$ 99,62	R\$ 139,01	R\$ 114,36	1,67280
		39-43	R\$ 65,66	R\$ 92,34	R\$ 128,84	R\$ 108,09	1,92390			39-43	R\$ 75,70	R\$ 103,12	R\$ 143,88	R\$ 131,53	1,92390
		44-48	R\$ 60,43	R\$ 106,31	R\$ 148,34	R\$ 137,64	2,44990			44-48	R\$ 96,03	R\$ 119,89	R\$ 167,29	R\$ 167,48	2,44990
		49-53	R\$ 86,15	R\$ 120,50	R\$ 168,14	R\$ 183,04	3,25810			49-53	R\$ 114,42	R\$ 141,60	R\$ 197,58	R\$ 222,74	3,25810
		54-58	R\$ 81,02	R\$ 148,80	R\$ 207,63	R\$ 243,45	4,33330			54-58	R\$ 129,38	R\$ 155,42	R\$ 216,87	R\$ 296,24	4,33330
		59 ou +	R\$ 136,99	R\$ 256,09	R\$ 357,33	R\$ 337,02	5,99900			59 ou +	R\$ 160,10	R\$ 190,35	R\$ 265,60	R\$ 410,11	5,99900
		Total	R\$ 712,18	R\$ 1.084,56	R\$ 124.392,16	R\$ 124.392,16				Total	R\$ 869,72	R\$ 1.107,30	R\$ 151.368,58	R\$ 151.368,58	
		Regra	3,9558	-	-	5,9990				Regra	4,1089	3,2028	3,2028	5,9990	
		ANS -	2,2671	2,4089	2,4089	2,4487				ANS -	1,6673	1,5877	1,5877	2,4487	
RN	1,7449	-	-	2,4499		RN	2,4644	2,0173	2,0173	2,4499					
63/03	ERRO	ERRO	ERRO	OK		63/03	OK	OK	OK	OK					

Fonte: Elaboração Própria

APÊNDICE E – Precificação dos planos de saúde – seguimento Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia Apartamento

CoParticipativo							Sem Participação									
Base	Segme nto	Faixa etária	Prêmio de Risco	Prêmio Puro	Prêmio Comercial Sem Regra	Prêmio Comercial Com Regra	Distribuiçã o Etária Padrão	Base	Segme nto	Faixa etária	Prêmio de Risco	Prêmio Puro	Prêmio Comercial Sem Regra	Prêmio Comercial Com Regra	Distribuiçã o Etária Padrão	
A m b u l a t o r i a l + A p a r t a m e n t o	B A S E	00-18					1,00000	A m b u l a t o r i a l + A p a r t a m e n t o	B A S E	00-18	R\$ 39,55	R\$ 63,53	R\$ 88,64	R\$ 246,68	1,00000	
		19-23					1,14990			19-23	R\$ 228,67	R\$ 270,20	R\$ 377,03	R\$ 283,66	1,14990	
		24-28					1,32260			24-28	R\$ 162,42	R\$ 202,64	R\$ 282,75	R\$ 326,26	1,32260	
		29-33					1,52090			29-33	R\$ 245,58	R\$ 284,61	R\$ 397,13	R\$ 375,18	1,52090	
		34-38					1,67280			34-38	R\$ 186,72	R\$ 225,72	R\$ 314,96	R\$ 412,65	1,67280	
		39-43					1,92390			39-43	R\$ 318,85	R\$ 375,30	R\$ 523,68	R\$ 474,59	1,92390	
		44-48					2,44990			44-48	R\$ 138,37	R\$ 182,20	R\$ 254,23	R\$ 604,34	2,44990	
		49-53					3,25810			49-53	R\$ 776,09	R\$ 866,08	R\$ 1.208,48	R\$ 803,71	3,25810	
		54-58					4,33330			54-58	R\$ 498,97	R\$ 569,22	R\$ 794,26	R\$ 1.068,94	4,33330	
		59 ou +					5,99900			59 ou +	R\$ 1.960,45	R\$ 2.167,61	R\$ 3.024,57	R\$ 1.479,84	5,99900	
		Total									Total	R\$ 4.555,67	R\$ 5.207,11	R\$ 546.191,30	R\$ 546.191,30	
		Regra									Regra	49,5643	34,1215	34,1215	5,9990	
		ANS - RN									ANS - RN	14,1682	11,8970	11,8970	2,4487	
63/03							63/03	3,4983	2,8681	2,8681	2,4499					
								ERRO	ERRO	ERRO	OK					
H o s p i t a l + A p a r t a m e n t o	B A S E	00-18					1,00000	H o s p i t a l + A p a r t a m e n t o	B A S E	00-18	R\$ 36,83	R\$ 57,44	R\$ 80,15	R\$ 74,99	1,00000	
		19-23					1,14990			19-23	R\$ 46,70	R\$ 66,04	R\$ 92,15	R\$ 86,23	1,14990	
		24-28					1,32260			24-28	R\$ 68,49	R\$ 90,73	R\$ 126,60	R\$ 99,18	1,32260	
		29-33					1,52090			29-33	R\$ 84,68	R\$ 104,55	R\$ 145,89	R\$ 114,05	1,52090	
		34-38					1,67280			34-38	R\$ 80,49	R\$ 102,82	R\$ 143,47	R\$ 125,44	1,67280	
		39-43					1,92390			39-43	R\$ 82,19	R\$ 109,51	R\$ 152,80	R\$ 144,27	1,92390	
		44-48					2,44990			44-48	R\$ 110,74	R\$ 135,60	R\$ 189,22	R\$ 183,72	2,44990	
		49-53					3,25810			49-53	R\$ 131,82	R\$ 159,91	R\$ 223,12	R\$ 244,32	3,25810	
		54-58					4,33330			54-58	R\$ 145,47	R\$ 172,80	R\$ 241,12	R\$ 324,95	4,33330	
		59 ou +					5,99900			59 ou +	R\$ 229,11	R\$ 265,65	R\$ 370,68	R\$ 449,86	5,99900	
		Total									Total	R\$ 1.016,52	R\$ 1.265,06	R\$ 166.038,41	R\$ 166.038,41	
		Regra									Regra	6,2207	4,6248	4,6248	5,9990	
		ANS - RN									ANS - RN	2,0688	1,9590	1,9590	2,4487	
63/03							63/03	3,0069	2,3608	2,3608	2,4499					
								ERRO	OK	OK	OK					

Fonte: Elaboração Própria

ANEXO

ANEXO A – Nota Técnica de Registro do Produto através da RDC nº 28/00

MINISTÉRIO DA SAÚDE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR**Diretoria Colegiada****RESOLUÇÃO - RDC Nº 28, DE 26 DE JUNHO DE 2000**

(D.O.U. nº 123-E, de 28 de junho de 2000 – Seção 1, pág. 49)

Altera a RDC nº 4, de 18 de fevereiro de 2000, e institui a Nota Técnica de Registro de Produto

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no uso das atribuições que lhe confere o inciso III do art. 9º do regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, de acordo com as competências definidas nos incisos XVI e XVIII do art. 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e no inciso VI do art. 8º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em reunião realizada em 20 de junho de 2000, e

Considerando que o acompanhamento permanente das práticas de formação de preços representa instrumento de mais alta importância para prevenir práticas comerciais lesivas ao mercado, de forma a garantir uma efetiva regulação da assistência suplementar à saúde, adotou a seguinte Resolução e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Fica instituída a Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP, justificativa da formação inicial dos preços dos planos e produtos de assistência suplementar à saúde, como requisito para obtenção de registro provisório junto à ANS.

Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais e/ou familiares, e aos planos coletivos, com exceção dos planos exclusivamente odontológicos e dos planos coletivos com vínculo empregatício financiados total ou parcialmente pela pessoa jurídica empregadora.

Art. 2º A partir da data de publicação desta Resolução, os documentos exigidos para registro de produtos junto à ANS, referidos no parágrafo único do art. 5º da RDC nº 4, de 18 de fevereiro de 2000, deverão estar acompanhados da Nota Técnica de Registro de Produto, atestada por atuário registrado no Instituto Brasileiro de Atuária - IBA.

§1º A Nota Técnica de Registro de Produto de que trata o caput deste artigo deverá estar em conformidade com o Anexo I desta Resolução e vir acompanhada dos Anexos II-A e II-B.

§ 2º Os Anexos II-A e II-B deverão ser entregues no formato de planilha eletrônica Excel, versão 97 ou anterior, em meio magnético, utilizando-se disquete de 3,5 polegadas ou CD.

§ 3º O arquivo com os anexos a que se refere o parágrafo anterior estará disponível para download na página da ANS na internet, no endereço <http://www.ans.saude.gov.br>.

§ 4º Para efeito de remissão ficam validadas as definições constantes do Anexo III desta Resolução.

Art. 3º O representante legal da operadora e o atuário mencionado no artigo anterior deverão declarar em conjunto, na apresentação da Nota Técnica de Registro de Produto, que os valores estabelecidos para as contraprestações pecuniárias dos planos e produtos são suficientes, na respectiva data de registro, para cobrir os custos de assistência à saúde oferecidos e as despesas não assistenciais da operadora exclusivamente vinculadas ao plano ou produto.

Art. 4º As operadoras deverão manter em arquivo, em meio magnético, a base de dados utilizada para a elaboração da Nota Técnica referida no art. 1º para verificação pela ANS.

§ 1º A ANS poderá requisitar o envio da base de dados referida no artigo anterior, dentro do prazo que determinar.

§ 2º O não atendimento à requisição da base de dados no prazo determinado pela ANS poderá ensejar o cancelamento do registro do produto junto à ANS e constituirá infração punível com multa de acordo com a legislação em vigor.

Art. 5º É vedado à operadora comercializar planos e produtos cobrando valores de contraprestações pecuniárias inferiores aos discriminados na respectiva Nota Técnica de Registro de Produto protocolizada junto à ANS.

§ 1º Os valores mínimos para comercialização serão os da coluna “K” (Despesa Assistencial Líquida por Exposto com Margem de Segurança Estatística por Exposto) do Anexo II-B desta Resolução.

§ 2º Caso a operadora pratique preços de comercialização diferenciados por região, para um mesmo plano ou produto, cujos valores da coluna “K” (Despesa Assistencial Líquida por Exposto com Margem de Segurança Estatística por Exposto) da respectiva Nota Técnica de Registro de Produto sejam diferentes, deverá preencher os Anexos II-A e II-B para cada uma das regiões, considerando-se a coluna “K” (Despesa Assistencial Líquida por Exposto com Margem de Segurança Estatística por Exposto) do Anexo II-B como preço mínimo de comercialização em cada uma delas.

§ 3º No caso do parágrafo anterior, a variação percentual entre as faixas etárias deverá ser a mesma para todas as regiões, mantidas as determinações estabelecidas na Resolução CONSU nº 06, de 04 de novembro de 1998.

Art. 6º A Nota Técnica de Registro de Produto deverá ser atualizada pela operadora e protocolizada junto à ANS a cada período de 12 meses contados a partir da data de registro inicial do plano ou produto, ou a partir do envio da primeira NTRP, de acordo com o art. 8º, para os planos ou produtos já registrados.

§ 1º Na atualização, quando houver alteração nos valores da coluna “K” (Despesa Assistencial Líquida por Exposto com Margem de Segurança Estatística por Exposto) do Anexo II-B, estes serão considerados tão somente para fins de comercialização.

§ 2º Os procedimentos para protocolização da NTRP junto à ANS encontram-se no Anexo IV desta Resolução.

Art. 7º A ANS poderá determinar a suspensão da comercialização de planos e produtos quando a análise da respectiva Nota Técnica de Registro de Produto apontar a utilização de parâmetros atuariais e epidemiológicos inconsistentes na fixação dos valores das contraprestações pecuniárias.

Art. 8º As operadoras referidas no inciso II do art. 1º, da Lei nº 9.656, de 1998, que registraram planos e produtos no Ministério da Saúde ou na Agência Nacional de Saúde Suplementar, a partir de 2 de janeiro de 1999 até a publicação desta Resolução, deverão

complementar a documentação de registro com a Nota Técnica de Registro de Produto, na forma e prazos a serem estabelecidos pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos.⁷

§ 1º A obrigação a que se refere o caput deste artigo aplica-se apenas aos planos e produtos comercializados pelas operadoras a partir de 2 de janeiro de 1999 até a presente data e não implicará pagamento de taxa de alteração de registro provisório de produto.

§ 2º Entende-se por produto comercializado aqueles que possuam beneficiários ativos.

§ 3º REVOGADO.⁸

Art. 9º A ANS, nos termos da Lei nº 9.656, de 1998, poderá instaurar fiscalização direta nas operadoras de planos e produtos privados de saúde, de modo a aferir as informações prestadas.

Parágrafo único. Constatadas irregularidades nas informações prestadas poderá ser instaurado processo administrativo para aplicação das penalidades cabíveis.

Art. 10. O não atendimento ao disposto nesta RDC ensejará a aplicação das penalidades previstas na legislação em vigor.

Art. 11. A partir da publicação desta Resolução, as operadoras ficam desobrigadas de informar os preços dos planos e produtos previstos no aplicativo RPS estabelecido na RDC nº 04, de 18 de fevereiro de 2000.

Art. 12. Ficam revogados o § 3º do art. 2º e o inciso IX do item A do Anexo I da RDC nº 04, de 2000.

Parágrafo único. O campo relativo ao preço do produto, conforme inciso IX do Anexo I da RDC nº 04, de 2000, deverá, a partir da publicação desta Resolução, ser preenchido com o valor de R\$1,00 (um Real).

Art. 13. Esta RDC entra em vigor na data de sua publicação.

JANUARIO MONTONE

¹ Caput alterado pela RDC nº 46 (DOU de 29/12/2000). Texto original: “Art. 8º As operadoras referidas no inciso II do art. 1º, da Lei nº 9.656, de 1998, que registraram planos e produtos no Ministério da Saúde ou na Agência Nacional de Saúde, a partir de 2 de janeiro de 1999 até a publicação desta Resolução, terão prazo de 90 (noventa) dias para complementar a documentação de registro com a Nota Técnica de Registro de Produto, na forma do art. 2º desta Resolução, atestada por atuário registrado no Instituto Brasileiro de Atuária IBA.”

² Parágrafo revogado pela RDC nº 46. Texto original: “§ 3º Para os planos e produtos com 12 (doze) meses ou mais de comercialização deverá ser entregue, no momento da apresentação da Nota Técnica de Registro de Produto, a sua atualização, nos termos do art. 6º.”

ANEXO I

(alterado pela IN nº 8, de 27 de dezembro de 2002)

Conteúdo Mínimo Necessário da Nota Técnica de Registro de Produto – NTRP

I - A NTRP deverá manter perfeita relação com as condições do contrato de prestação de serviço de assistência à saúde, e deverá contemplar todos os itens abaixo:

- a)** objetivo da NTRP, incluindo seu público alvo e abrangência;
- b)** detalhamento de todas as coberturas do produto e outras coberturas opcionais, quando for o caso;
- c)** definição de todos os parâmetros e variáveis utilizados, incluindo especificação das tábuas biométricas, quando for o caso;
- d)** especificação das informações referentes a carências, franquias, co-participações, seguros, co-seguros e resseguros;
- e)** percentual de variação da contraprestação pecuniária por mudança de faixa etária, o qual deve manter perfeita relação com a coluna do Valor Comercial da Mensalidade, constante do Anexo II-B (coluna T) e com o estabelecido no contrato;
- f)** critério técnico (metodologia) adotado para a correta precificação do plano ou produto e justificativa para sua utilização;
- g)** descrição da margem de segurança estatística e sua justificativa técnica;
- h)** descrição da margem de lucro e despesas não assistenciais, inclusive comissionamento, despesas com marketing, despesas administrativas, impostos e demais despesas;
- i)** justificativa técnica dos ajustes nos preços, quando necessários, os quais deverão ser apresentados na coluna Ajuste (coluna S);
- j)** descrição do banco de dados utilizado e especificação do período de observação.
- k)** caso a operadora pratique preços de comercialização diferenciados por região, a composição destas regiões deverá estar detalhada, incluindo os estados e/ou municípios.
- l)** assinatura do atuário, com seu número de identificação profissional perante o Instituto Brasileiro de Atuária – IBA.

II - Em relação às coberturas que prevejam a utilização de carências, franquias e/ou co-participação, deve-se especificar o intervalo contendo os limites mínimos e máximos possíveis, sendo necessária a coerência com os termos do contrato, de acordo com a Lei 9656/98.

III - A operadora deve apresentar um quadro-resumo contendo o nome do(s) plano(s) referentes à NTRP, o número de registro do(s) plano(s) na ANS, quando houver, o tipo de segmentação e de contratação. Esse quadro deverá constar das bases técnicas da NTRP, as quais contemplam as premissas do plano.

IV - A NTRP deverá vir acompanhada de cópia do(s) comprovante(s) de incorporação de dados enviados pela Internet, referente(s) ao(s) anexos II-A, II-B e Municípios, e

- a)** Todos os dados utilizados na obtenção dos resultados apresentados na NTRP deverão ser armazenados em meio magnético pela operadora pelo período de cinco anos, pois poderão ser requisitados pela ANS.
- b)** O Anexo II-A deverá ser preenchido por tipo de item de despesa ou por grupos de itens, conforme apresentado no Glossário do Anexo II-A. Caso a operadora não possua sua base de dados distribuída entre os itens definidos no glossário do Anexo II-A, outro agrupamento poderá ser utilizado. Os itens ou grupo de itens de despesa assistencial utilizados pela operadora deverão estar definidos e detalhados na NTRP.

A partir de julho de 2003, o Anexo II-A deverá ser preenchido por item de despesa, de acordo com o estabelecido no Anexo III.

c) Excetuando-se o caso previsto na alínea k do inciso I deste anexo, deverá haver um único arquivo, contendo os anexos II-A, II-B e Municípios, para cada plano ou produto, onde todas as informações deste plano estarão discriminadas, e

d) Deve ser observada a consistência da base de dados a ser utilizada na elaboração dos anexos.

V - Deverá ser apresentada justificativa técnica para os possíveis ajustes efetuados nos preços, tais como:

a) diferença de preços entre regiões;

b) adequação dos preços ao art. 2º da Resolução CONSU nº 6, de 4 de novembro de 1998, alterado pelo item IV, art. 2º da Resolução CONSU nº 15 de 29 de março de 1999.

VI - Deverão estar relacionadas todas as reservas a serem constituídas pela operadora, devendo a metodologia de cálculo ser encaminhada à Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE para análise.

VII - Qualquer alteração nas hipóteses técnicas descritas na Nota Técnica de Registro de Produto necessitará de encaminhamento de Aditivo à NTRP, previamente à comercialização, contemplando a(s) alteração(ões) nas bases técnicas com os respectivos anexos. A alteração terá validade após a protocolização do material devido nesta ANS e o prazo de doze meses para o envio da atualização da NTRP será contado a partir do protocolo do Aditivo.

VIII - Quando do envio da atualização da NTRP, conforme previsto no art. 6º da RDC nº 28, caso a operadora não encaminhe nova NTRP com as bases técnicas do plano, ficará caracterizada a manutenção das premissas adotadas anteriormente.

Anexo III
(alterado pela IN nº 8, de 27 de dezembro de 2002)
Glossário da RDC Nº 28 de 26 de Junho de 2000

Termos e Instruções Gerais
- Orientação para Preenchimento -

A. Todos os campos devem ser preenchidos pela operadora, exceto onde explicitamente disposto em contrário.

B. Termos em itálico são aqueles que contém definição neste glossário.

C. Cada anexo tem um glossário específico a ser seguido, as definições apresentadas na seção de cada anexo dizem respeito exclusivamente às variáveis nele contidas.

1. Planos: São os planos ou produtos privados de assistência à saúde definidos no Inciso I e no § 1º do art. 1º, da Lei nº 9.656/98. Termos equiparados para efeito desta RDC.

2. Operadora: É a pessoa jurídica definida no Inciso II do art. 1º, da Lei nº 9.656/98, que mantém os planos ou produtos privados de assistência à saúde definidos no Inciso I e no § 1º do art. 1º, da referida Lei.

3. Beneficiário: É a pessoa física que, de acordo com os termos do contrato, tem o direito de usufruir de qualquer parte dos serviços de assistência à saúde contratados junto à operadora.

4. Despesa Assistencial: São todas aquelas relacionadas à prestação direta dos serviços de assistência à saúde. É composta pelo somatório dos itens de despesa assistencial definidos no glossário do Anexo II-A.

5. Contraprestações Pecuniárias: É o valor total, expresso em Reais, livres de participações, sem qualquer outro desconto ou dedução adicional, das receitas provenientes de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso e/ou pagamento direto ao prestador.

Glossário da planilha Entrada
- Orientação para Preenchimento -

1. Nº de CNPJ: É o Nº de CNPJ da operadora de serviços de assistência à saúde.
- Inserir o Nº de CNPJ da operadora. Preencher sem a utilização de sinais gráficos como “ponto” ou “barra”. Adicionalmente, considerar os zeros à esquerda no preenchimento do campo. Por exemplo, para o CNPJ Nº 00.123.456/0001-78, inserir 00123456000178.

2. Período de Análise: É o período da base de dados utilizada para gerar as estimativas de frequência e custo unitário de cada um dos itens de despesa.

3. Nº de Registro do Plano: Número de registro concedido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ou pelo Ministério da Saúde, através da emissão do Relatório de Registro Provisório LRPS03 de acordo com o art. 7º da RDC nº 4, de 18 fevereiro de 2000.

- Inserir o número fornecido pelo LRPS03.
- Caso o plano não possua nº de registro do plano, preencher o campo com 999999999.
- Preencher sem a utilização de sinais gráficos como “ponto” ou “barra”.

4. Nome do Plano: Nome fantasia do plano, vinculado ao Relatório de Registro Provisório LRPS03, de acordo com o art. 7º da RDC nº 4, de 18 de fevereiro de 2000.

- Inserir o nome fantasia.

5. Abrangência do preço do produto: Deve ser especificado se há um único preço para todas as regiões onde este plano é comercializado (abrangência do preço única), ou alternativamente, se existe mais de um preço entre as diferentes regiões onde o plano é comercializado. Caso a operadora pratique preços diferenciados por região (abrangência do preço regionalizada), deverá preencher os Anexos II-A e II-B para cada uma das regiões, fazendo referência à região em questão.

- Inserir única ou regionalizada.

5.1. Região de Abrangência do Preço do Produto: É o nome, dado pela operadora, do grupo de estados e/ou municípios que possui o mesmo preço de comercialização do plano, definido na Nota Técnica de Registro de Produto.

- Inserir o nome da região.

Glossário do Anexo II-A

- Orientação para Preenchimento -

A. O Anexo II-A deve ser preenchido estratificando as informações pelas faixas etárias do plano.

B. Deve ser preenchida uma planilha para cada um dos Itens de Despesa Assistencial disponíveis no banco de dados da operadora, conforme exemplificado no item 1 deste glossário.

1. Itens de Despesa Assistencial: São os itens que compõem o total da despesa assistencial da operadora, ou seja, não deverão existir despesas assistenciais não incluídas nos itens fornecidos pela operadora.

Adicionalmente, as despesas assistenciais da operadora não podem ser contabilizadas em mais de um item de despesa assistencial.

Caso a operadora negocie suas despesas assistenciais com os prestadores de serviço mediante “pacotes de procedimentos”, todas as despesas que compõem o referido “pacote” deverão ser distribuídas nos itens de despesa assistencial utilizados pela operadora.

Caso a operadora não possua sua base de dados distribuída entre os itens mencionados a seguir, outro agrupamento poderá ser utilizado a critério da operadora, desde que descritos na Nota Técnica.

A partir de JULHO/03 as operadoras deverão encaminhar os anexos contemplando especificamente os subitens 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5 e 4.6 do Anexo II da RDC nº 85.

Caso a operadora possua dados consistentes, fica facultada a adoção da relação dos itens de despesa referente aos subitens 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7 e 4.8 do Anexo III da RDC nº 85. Para preenchimento das informações referentes aos itens de despesa deverão ser observadas as definições constantes da RDC nº 85.

2. Faixas Etárias: Deverão ser apresentadas informações referentes à todas as faixas etárias estabelecidas na Resolução CONSU nº 15, publicada no D.O.U de 29 de março de 1999. [A resolução do CONSU que definiu as faixas etárias foi a nº 6, de 3 de novembro de 1998].

2.1. Idade Inicial (coluna C): Idade inicial de cada faixa etária do plano.

2.2. Idade Final (coluna D): Idade final de cada faixa etária do plano.

3. Número de Expostos (coluna E): É o valor resultante do somatório de todos os dias de exposição em que cada um dos beneficiários da base de dados utilizada teve o direito de usufruir dos serviços de assistência à saúde do item de despesa assistencial, calculado para cada item de despesa assistencial, durante o período de análise, dividido pelo número de dias do período de análise, conforme ilustra a fórmula a seguir:

Número de expostos = (nº dias de exposição do usuário 1 durante o período de análise + nº dias de exposição do usuário 2 durante o período de análise + ... + nº dias de exposição do usuário “n” durante o período de análise) / (nº dias do período de análise)

Alternativamente, o número de expostos pode ser calculado como o somatório do número de beneficiários expostos existentes em cada um dos dias do período de análise, dividido pelo número de dias do período de análise. Este cálculo é exemplificado pela fórmula a seguir:

Nº de Expostos = (nº de expostos no primeiro dia do período de análise + ... + nº de expostos no último dia do período de análise) / nº de dias do período de análise.

- Inserir o número de expostos.

3.1. Dias de Exposição: É o número de dias, durante o período de análise, calculado individualmente para cada item de despesa assistencial, no qual o beneficiário teve o direito de usufruir do serviço de assistência à saúde. Deve ser observado que o usuário que estiver cumprindo carência deverá ser excluído do cálculo de exposição do item de despesa, pois não estará tendo o direito de usufruir do serviço.

3.2. Exposto: O conceito de exposto, similarmente ao de dias de exposição, se aplica para cada um dos itens de despesa assistencial. É definido como o beneficiário que tem o direito de usufruir da assistência à saúde do item de despesa assistencial em questão.

Por exemplo: um beneficiário que tem o direito a consultas é um exposto para o item de despesa assistencial consulta, podendo, entretanto, não ser um exposto para o item de despesa exames complementares (itens de despesa definidos no Anexo II).

4. Número de Eventos (coluna F): Número total de ocorrências do item de despesa assistencial em questão no período, dividido pelo número de meses do período.

Para os seguintes itens de despesa: 1) taxas hospitalares; 2) medicamentos; 3) gases hospitalares e 4) materiais hospitalares, contabilizar como número de eventos o somatório do número de internações ocorridas no período.

- Inserir número de eventos.

5. Frequência de Utilização (coluna G): É o número total de eventos, para cada item de despesa assistencial, dividido pelos respectivos números de expostos dentro do período de análise, conforme ilustra a fórmula a seguir:

Frequência de utilização = (nº de eventos) / (nº de expostos)

- A frequência de utilização será calculada automaticamente.

6. Total de Despesa Assistencial (coluna H): É a despesa total da operadora, expressa em Reais, com o item de despesa assistencial no período, excluídas as recuperações de glosas eventualmente realizadas, dividido pelo número de meses do período.

- Inserir valor do total de despesa assistencial com o item de despesa assistencial.

7. Valor Médio do Item de Despesa Assistencial (coluna I): É o valor médio, expresso em Reais, do item de despesa assistencial. É obtido dividindo-se o total de despesa assistencial do item de despesa assistencial pelo número de eventos do mesmo, conforme ilustra a fórmula a seguir:

Valor médio do item de despesa assistencial = (valor total do item de despesa assistencial) / (número de eventos do item de despesa assistencial)

- O valor médio do item de despesa assistencial será calculado automaticamente.

8. Despesa Assistencial por Exposto (coluna J): É a despesa, expressa em Reais, com o item de despesa assistencial por exposto. É obtida pela multiplicação da frequência de utilização do item de despesa assistencial pelo valor médio do item de despesa assistencial, conforme ilustra a fórmula a seguir:

Despesa assistencial por exposto = (frequência de utilização do item de despesa assistencial) x (valor médio do item de despesa assistencial)

- O valor médio do item de despesa assistencial será calculado automaticamente.

Glossário do Anexo II-B

- Orientação para Preenchimento -

A. Anexo a ser preenchido estratificando as informações por faixa etária.

B. O item despesa assistencial por exposto (coluna E) do Anexo II-B deverá ser a soma das colunas J (despesa assistencial por exposto) de todas as planilhas referentes a cada um dos itens de despesa assistencial do Anexo II-A.

C. Para os planos e produtos que possuam mecanismos de franquia e/ou co-participação, e os valores do Total da Despesa Assistencial (coluna H do Anexo II-A) já estiverem livres da co-participação e/ou franquia, não deverão constar valores na coluna F do Anexo II-B (Recuperação de franquia e co-participação).

1. Faixas Etárias: Deverão ser detalhadas por plano todas as faixas etárias estabelecidas na Resolução CONSU n.º 15, publicada no D.O.U. de 29 de março de 1999. **[A resolução do CONSU que definiu as faixas etárias foi a n.º 6, de 3 de novembro de 1998].**

1.1. Idade Inicial (coluna C): Idade inicial de cada faixa etária do plano.

1.2. Idade Final (coluna D): Idade final de cada faixa etária do plano.

2. Despesa Assistencial por Exposto (coluna E): É a despesa, expressa em Reais, com todos os itens de despesa assistencial por exposto. O item despesa assistencial por exposto do Anexo II-B deverá ser a soma das colunas J (despesa assistencial por exposto) de todas as planilhas referentes aos itens de despesa assistencial do Anexo II-A.

- O Valor da Despesa Assistencial por Exposto será calculada automaticamente

3. Recuperação de Co-Participação (coluna F): É o valor, expresso em Reais, proveniente de outros pagamentos de beneficiários à operadora, a título de co-participação durante o período de análise, dividido pelo número de meses no período de análise, e posteriormente dividido pelo número de expostos (termo definido no Glossário do Anexo II-A).

- Inserir o valor, em Reais, do total de recuperação de co-participação por exposto.

3.1. Co-Participação: Mecanismo de regulação de uso definido no inciso II do art. 3º, da Resolução CONSU n.º 08, de 04 de novembro de 1998: “a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento.”

4. Recuperação de Seguro (coluna G): É o valor, expresso em Reais, proveniente de recuperação de despesas seguradas durante o período de análise, dividido pelo número de meses do período de análise, e posteriormente dividido pelo número de expostos (termo definido no Glossário do Anexo II-A).

- Inserir o valor, em Reais, do total de recuperação de despesas seguradas por exposto.

5. Recuperação de Resseguro e Co-Seguro (coluna H): É o valor, expresso em Reais, proveniente de recuperação de despesas resseguradas e/ou co-seguradas durante o período de análise, dividido pelo número de meses do período de análise, e posteriormente dividido pelo número de exposto (termo definido no Glossário do Anexo II-A).

- Inserir o valor, em Reais, do total de recuperação de despesas resseguradas e/ou co-seguradas por exposto.

6. Despesa Assistencial Líquida por Exposto (coluna I): É a despesa assistencial por exposto, deduzida das receitas de recuperação com co-participações, seguros, resseguros e co-seguros.

- A despesa assistencial líquida por exposto será calculada automaticamente.

7. Margem de Segurança Estatística por Exposto (coluna J): É o valor, expresso em Reais, adicionado à despesa assistencial líquida mensal por exposto, com o objetivo de cobrir as majorações da mesma, devido às oscilações aleatórias de uso e custo de itens de despesa. A operadora deve apresentar na NTRP (bases técnicas) a metodologia de cálculo da margem de segurança estatística e sua respectiva justificativa.

- Inserir o valor, em Reais, da margem de segurança estatística por exposto.

8. Despesa Assistencial Líquida por Exposto com Margem de Segurança Estatística por Exposto (coluna K): É o total da despesa assistencial líquida por exposto, acrescido das respectivas margens de segurança estatística.

- A despesa assistencial líquida por exposto com margem de segurança estatística por exposto será calculada automaticamente.

9. Número de Beneficiários (coluna L): É o número de beneficiários da base de dados utilizada. É medido pelo somatório dos números mensais de beneficiários existentes no último dia útil de cada mês do período de análise cuja prestação de serviços à saúde foi paga à operadora, dividido pelo número de meses existentes no período de análise, conforme fórmula abaixo:

Número de beneficiários = $(n^{\circ} \text{ de beneficiários no último dia útil do primeiro mês do período de análise} + n^{\circ} \text{ de beneficiários no último dia útil do segundo mês do período de análise} + \dots + n^{\circ} \text{ de beneficiários no último dia útil do último mês do período de análise}) / (n^{\circ} \text{ de meses do período de análise})$

- Inserir número de beneficiários.

10. Despesas não Assistenciais por Beneficiário: São todas aquelas não atribuíveis aos itens de despesa assistencial definidos no Anexo II-A.

10.1. Despesas de Comercialização por Beneficiário (coluna M): É o valor, expresso em Reais, por faixa etária, do total das despesas que tenham relação direta com a promoção, venda, colocação e distribuição do plano durante o período de análise, dividido pelo número de meses do período de análise, e posteriormente dividido pelo número de beneficiários.

- Inserir, valor em Reais, do total de despesas de comercialização por beneficiário.

10.2. Outras Despesas da Carteira de Planos por Beneficiário (coluna N): É o valor, expresso em Reais, por faixa etária, dos demais gastos indiretos referentes a operação e comercialização do plano e que não se configurem como despesas de comercialização por beneficiário ou despesas assistenciais durante o período de análise, dividido pelo número de meses do período de análise, e posteriormente dividido pelo número de beneficiários.

- Inserir, valor em Reais, do total de outras despesas da carteira de planos por beneficiário.

10.3. Despesas Administrativas por Beneficiário (coluna O): É o valor expresso em Reais da proporção dos gastos totais da operadora que são referentes à direção e gestão da operadora, durante o período de análise, e que diz respeito ao plano em questão e respectivas faixas etárias. São exemplos dos gastos referentes à direção e gestão da operadora: honorário de administração (Diretoria, Conselhos ou assemelhados); salários; indenizações; benefícios; treinamentos e encargos do pessoal com vínculo empregatício; remunerações e encargos sociais por serviços administrativos prestados por terceiros; despesas com localização e funcionamento da operadora; despesas com publicidade e propaganda institucional; despesas com publicações e comunicação; despesas com tributos; despesas legais e judiciais. O valor deverá ser dividido pelo número de meses do período de análise e, posteriormente dividido pelos respectivos números de beneficiários.

- Inserir, valor em Reais, do total de despesas administrativas por beneficiários.

11. Despesa de Prestação de Outros Serviços por Beneficiário (coluna P): É o valor, em Reais, do total de despesas de prestação de outros serviços ocorridas durante o período de análise, dividido pelo número de meses do período de análise, e posteriormente dividido pelo número de beneficiários.

- Inserir, valor em Reais, do total de despesas de prestação de outros serviços por beneficiário.

12. Despesa Total por Beneficiário (coluna Q): É o somatório total de despesas assistenciais líquidas, despesas não assistenciais por beneficiário e de outros serviços por beneficiário.

- A despesa total por beneficiário será calculada automaticamente.

13. Valor da Margem de Lucro por Beneficiário (coluna R): É o valor, expresso em Reais, da margem de lucro pretendida pela operadora durante o período de análise, dividido pelo número de meses do período de análise, e posteriormente dividido pelo número de beneficiários.

- Inserir o valor em Reais, do total do lucro por beneficiário.

14. Ajuste (coluna S): É o valor por faixa etária, expresso em Reais, dos ajustes realizados pela operadora, os quais devem estar justificados nas bases técnicas da NTRP. Deve ser observado que o valor do(s) ajuste(s) não pode ser superior à soma dos carregamentos (colunas M, N, O, P e R do Anexo II-B).

Caso não haja necessidade de ajuste, a operadora deve preencher toda a coluna com zero.

- Inserir o valor total em Reais do(s) ajuste(s) efetuado(s) por beneficiário.

15. Valor Comercial da Mensalidade (coluna T): É o valor, expresso em Reais, da despesa total por beneficiário acrescido da margem de lucro por beneficiário e de eventual(is) ajuste(s) realizado(s) pela operadora. O percentual de variação da mensalidade por mudança de faixa etária deve corresponder ao estabelecido no contrato e ser informado na NTRP (bases teóricas). Deve ser observado que os valores apresentados nessa coluna não podem ser inferiores aos previstos na coluna K (Despesa Assistencial Líquida por Exposto com Margem de Segurança Estatística por Exposto).

O valor comercial da mensalidade será calculado automaticamente.

Observações

1 - Não deverão ser informados as seguintes receitas e despesas da operadora: doações e contribuições filantrópicas; participação nos lucros; receitas financeiras; despesas financeiras; perda na realização de bens imóveis e de investimentos relevantes; e resultado de equivalência patrimonial.

2 - Também não deverão ser informadas receitas e despesas de outras operações que não sejam decorrentes de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a exceção das despesas administrativas da operadora, conforme o descrito no item 10.3.

ANEXO IV

(alterado pela IN nº 8, de 27 de dezembro de 2002)

Procedimentos referentes à Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP) e à Atualização da NTRP

1 - A Nota Técnica de Registro de Produto é composta das bases técnicas, que devem contemplar as premissas do plano, e dos anexos, que apresentam a composição do valor da contraprestação pecuniária do plano.

2 - A NTRP é o documento que deve acompanhar a solicitação de registro de produto. A Atualização da NTRP deve ser encaminhada a cada período de, no máximo, doze meses a partir do envio da NTRP ou da última atualização devidos, e representa a reavaliação dos preços estabelecidos anteriormente.

3 - No encaminhamento da NTRP, deverão ser apresentados os documentos especificados abaixo:

3.1 - As bases técnicas da NTRP, assinada pelo atuário responsável com sua identificação no Instituto Brasileiro de Atuária - IBA,

3.2 - Cópia do(s) comprovante(s) de incorporação de dados enviados pela Internet, referente(s) ao(s) anexos II-A, II-B e Municípios, e

3.3 - A declaração de que os valores estabelecidos para as contraprestações pecuniárias dos planos são suficientes, na respectiva data de registro, para cobrir os custos de assistência à saúde oferecidos e as despesas não assistenciais da operadora exclusivamente vinculadas ao plano (Declaração de suficiência dos valores estabelecidos para as contraprestações pecuniárias), devidamente assinada pelo atuário responsável e pelo representante legal da operadora junto à ANS.

3.3.1 - Na Declaração de suficiência dos valores estabelecidos para as contraprestações pecuniárias deverão constar o nome e o número do protocolo de envio dos arquivos pela Internet.

4 - No encaminhamento da NTRP de Atualização, deverão ser apresentados os documentos especificados abaixo:

4.1 - Se não houver alterações nas bases técnicas da Nota Técnica:

4.1.1 - A declaração de suficiência dos valores estabelecidos para as contraprestações pecuniárias na respectiva data de atualização, devidamente assinada pelo atuário e pelo representante legal da operadora.

4.1.1.1 - O não envio das bases técnicas pressupõe a manutenção das premissas originalmente adotadas.

4.1.1.2 - Na Declaração de suficiência dos valores estabelecidos para as contraprestações pecuniárias deverão constar o nome, o número de registro do plano, e o número do protocolo de envio dos arquivos pela Internet.

4.1.2 - Cópia do(s) comprovante(s) de incorporação de dados enviados pela Internet, referente(s) ao(s) anexos II-A, II-B e Municípios, e

4.2 - Se houver alterações nas bases técnicas da Nota Técnica:

4.2.1 - Aditivo à NTRP contemplando as modificações efetuadas e os respectivos itens, assinado pelo atuário responsável com sua identificação no Instituto Brasileiro de Atuária - IBA,

4.2.2 - Cópia do(s) comprovante(s) de incorporação de dados enviados pela Internet, referente(s) ao(s) anexos II-A, II-B e Municípios, e

4.2.3 - A declaração de suficiência dos valores estabelecidos para as contraprestações pecuniárias na respectiva data de atualização, devidamente assinada pelo atuário responsável e pelo representante legal da operadora junto à ANS.

4.2.3.1 - Na Declaração de suficiência dos valores estabelecidos para as contraprestações pecuniárias deverão constar o nome, o número de registro do plano, e o número do protocolo de envio dos arquivos pela Internet.

5 - O download do aplicativo para preenchimento e envio dos anexos deve ser feito através do endereço eletrônico <http://www.ans.gov.br>, no portal das operadoras.

5.1 - Na total impossibilidade de a operadora encaminhar as informações conforme previsto no item 5, a ANS poderá autorizar outras formas de envio, desde que a operadora solicite por escrito, dentro do prazo de envio da NTRP ou de sua atualização, conforme o caso.

5.2 - Para cada novo preenchimento das planilhas referentes aos anexos da RDC nº 28, deverá ser observada a versão mais atualizada das planilhas disponível no endereço eletrônico mencionado no item 5.

5.3 - O Manual do Usuário está disponível para consulta no endereço eletrônico <http://www.ans.gov.br>, no portal das operadoras.

6 - As bases técnicas da NTRP e/ou a Declaração de suficiência dos valores estabelecidos para as contraprestações pecuniárias, juntamente com os demais documentos necessários, deverão ser protocolados nesta Agência em até 15 (quinze) dias da confirmação de processamento do arquivo, sob pena do arquivo ser desconsiderado.

6.1 - Para fins de cumprimento da RDC nº 28, serão considerados exclusivamente os arquivos processados com sucesso.

7 - Os documentos mencionados nos subitens 3.1, 4.1.1, 4.2.1 e 5.1 deverão ser encaminhados à Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, localizada na Rua Augusto Severo nº 84, 7º andar, Glória, Rio de Janeiro, RJ. Cep.: 20.021-040.

7.1 - Os documentos mencionados no item 7 deverão ser acondicionados em envelope identificado com a referência “NTRP” ou “Atualização da NTRP”, conforme o caso.

7.1.1 - O envelope que contém a NTRP ou a carta de encaminhamento da NTRP à ANS deverá conter as seguintes informações:

I - razão social da operadora;

II - CNPJ;

III - quantidade de NTRPs apresentadas.