

Julho de 2009

Temporada de duras negociações na saúde

Nova regra da ANS deve acirrar as conversas entre operadoras e clientes para reajustar preços
Beth Koike, de São Paulo

Este mês de julho, período de reajuste médico para uma grande parcela dos planos de saúde empresariais, promete ser um período de negociações acaloradas. É a primeira vez, desde que a crise eclodiu em setembro, que a maior parte das operadoras e empresas senta para negociar reajustes de custos médicos, que incluem, por exemplo, preços de cirurgias, nos planos de saúde. Um fator que promete endurecer ainda mais as conversas é o novo pacote de regras anunciado ontem pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Uma delas determina que os reajustes só poderão ser feitos uma única vez por ano. Em geral, as operadoras e seguradoras promovem três aumentos por ano e em algumas seguradoras de saúde o reajuste chega a ser trimestral.

A nova regra da ANS valerá a partir de 15 de agosto, quando as operadoras e seguradoras não poderão mais impor dois tipos de reajustes: um médico (calculado com base nos custos médicos e normalmente aplicados em julho) e um técnico (baseado no índice de sinistralidade de cada empresa e aplicados duas vezes por ano).

As empresas de planos de saúde têm até 12 meses para se adequar às regras da ANS. Neste período, os novos e as renovações de contrato deverão ser feitos conforme as novas medidas. Nos contratos atuais, que não têm as cláusulas da ANS, as operadoras poderão aplicar os reajustes técnicos e médicos previstos até a renovação do contrato.

"Criamos essa norma porque estavam ocorrendo muitos problemas em planos coletivos por adesão, aqueles planos de associações e sindicatos, por exemplo. Para essa categoria, muitas operadoras cobravam preços muito baixos para ganhar o contrato e depois aplicavam reajustes elevadíssimos", disse Eduardo Sales, diretor de fiscalização da ANS.

Outra medida da ANS é que associações sem vínculos com entidades de classe, profissional ou setorial não poderão mais fazer planos coletivos. "As pessoas estavam criando qualquer entidade para ter plano de saúde coletivo. Criavam a Associação dos Admiradores do Pão de Açúcar para ser considerado pessoa jurídica. Isso não será mais possível", diz o diretor da ANS. O plano coletivo por adesão é o segmento que mais cresce entre os planos empresariais.

Na mesa de negociações das grandes empresas, o embate gira em torno do reajuste médico que está sendo proposto pelos planos de saúde. Desde que a crise explodiu, as companhias não querem nem ouvir falar de aumento de custos e a ordem é economizar. Os planos de saúde representam, em média, 9,28% da folha de salários.

Os planos propõem reajustes que variam, em média, de 8,4% a 10,2% - podendo ser menor ou maior conforme a sinistralidade, ou o uso dos serviços, dos clientes.

Com as demissões ou o medo de perder o emprego, as pessoas passaram a usar muito mais seus planos de saúde. O número de consultas médicas e de exames laboratoriais aumentou 13,2% e 11,3%, respectivamente, entre novembro de 2008 e abril deste ano em relação ao mesmo período anterior.

"Os gastos subiram muito. Nunca vi uma sinistralidade tão alta quanto a que estamos vivendo agora", diz André do Amaral Coutinho, diretor-geral da Omint. As diárias hospitalares chegaram a aumentar 20% per capita neste primeiro semestre na Omint.

Até ontem, a expectativa do mercado era de que as operadoras concordassem em dar reajustes menores aos propostos inicialmente. Mas com o anúncio da ANS, os planos de saúde serão muito menos flexíveis.

"Essa medida da ANS vai engessar o relacionamento entre empresas e planos de saúde. Os reajustes eram negociados conforme a necessidade de cada companhia e operadora", disse Solange Beatriz Mendes, diretora-executiva da Fenasaúde, entidade que reúne 16 grupos de saúde como as seguradoras de saúde e empresas como Amil, Medial, entre outras.

Companhias com grande número de funcionários conseguiram, no início do ano, evitar reajustes pesados. Um exemplo é o McDonald's. "No começo do ano, o orçamento era apertado e precisávamos economizar. Nossa proposta era continuar com esses prestadores, mas eles não poderiam aumentar preços em 2009. Aceitaram e economizamos R\$ 2 milhões", disse Hugo Rodrigues, gerente de Remuneração e Benefícios do McDonald's. A rede com 30 mil funcionários conseguiu que os reajustes de 12% da Medial, que atende os 28 mil funcionários que trabalham nas lanchonetes, e de 9% da Bradesco Saúde não fossem repassados. Conseguiu reduzir o valor do prêmio com a OdontoPrev e do seguro de vida atendido pela Bradesco.

Na Bradesco Saúde, maior seguradora de saúde com 2,8 milhões de beneficiários, as negociações têm sido duras desde que a crise eclodiu. "As empresas estão se movimentando e revendo seus custos. Estamos sentindo muito a pressão", diz Heráclito de Brito Gomes Júnior, seu presidente. A Bradesco Saúde tem proposto, por exemplo, aumento no percentual da co-participação do beneficiário ou diminuir a abrangência do plano. No primeiro trimestre, a sinistralidade da Bradesco foi de 82% contra 75% do mesmo período do ano passado.

Fonte: Valor Econômico - 16 de julho de 2009 - Caderno Empresas & Tecnologia

Hewitt News é uma publicação corporativa da Hewitt Associates Brasil.



	Como era	O que muda
Conceito	Planos empresariais: Garantia de participação da maioria da massa populacional delimitada.	Planos empresariais: oferecem a cobertura de assistência a saúde a população vinculada a pessoa jurídica com caráter empregatício ou estatutário.
Carência em planos coletivos empresariais	Proibida a exigência da carência em planos com 50 ou mais beneficiários.	Proibida a exigência da carência em planos com 30 ou mais beneficiários.
Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo para Doença ou Lesão Preexistente em planos coletivos empresariais	Proibida a exigência da CPT ou Agravo em planos com 50 ou mais beneficiários.	Proibida a exigência da CPT ou Agravo em planos com 30 ou mais beneficiários.
Pagamento das contraprestações pecuniárias (coletivos empresariais e por adesão)	O pagamento podia ser feito pelo beneficiário diretamente à operadora.	O pagamento passa a ser de responsabilidade exclusiva da pessoa jurídica contratante. A operadora não pode efetuar cobrança diretamente ao beneficiário.
Rescisão em planos coletivos empresariais e por adesão	Podia ser feito por ambas as partes a qualquer tempo.	Só poderá ocorrer sem motivação após 12 meses de vigência e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. As regras de rescisão e inadimplemento devem estar claramente explícitas no contrato.
Reajuste – coletivos empresariais e por adesão	Definido entre as partes. Podia acontecer mais de uma vez no ano, bastando ser comunicado à ANS.	Nenhum contrato poderá receber reajuste por variação de custos em periodicidade inferior a 12 meses. Não poderá haver distinção entre o valor cobrado dos beneficiários que já fazem parte do plano e os que vierem a ser incluídos.
Reunião de pessoas jurídicas para contratar		Regulamenta a reunião de pessoas jurídicas para contratar, que pode ser feita diretamente, com a participação da administradora de benefícios ou da administradora como estipulante.
Orientações aos beneficiários		Institui o Guia de Leitura Contratual e o Manual para contratação de planos de saúde, que serão disponibilizados pela operadora no ato.