

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

**PRECIFICAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL – PAS-UFMS**

ANACARLA PREVIATO NUNES

**CAMPO GRANDE**

**2018**

**ANACARLA PREVIATO NUNES**

**PRECIFICAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL – PAS-UFMS**

Dissertação apresentada à Escola de  
Administração e Negócios da UFMS para  
obtenção do grau de Mestre em Administração  
Pública.

Orientador:

Prof. Dr. Alessandro Gustavo Souza Arruda

**CAMPO GRANDE**

**2018**

**ANACARLA PREVIATO NUNES**

**PRECIFICAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL – PAS-UFMS**

Trabalho de Conclusão Final, apresentado ao PROFIAP – Programa de Mestrado Profissional em Administração Pública da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Campo Grande - MS ,..... de .....de .....

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Gustavo Souza Arruda

---

Prof. Dr. Alberto de Barros Aguirre

---

Prof. Dr. Matheus Wemerson Gomes Pereira

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha mãe pelo apoio e incentivo que me proporcionaram ter chegado até aqui. Agradeço a minha esposa pela paciência e força durante todo o tempo, principalmente nos momentos de maior estresse.

Agradeço à Instituição UFMS e ao programa de Mestrado Profissional que permitem a conciliação dos estudos com trabalho. Aos professores por todo o conhecimento e educação transmitidos no processo de formação profissional em especial ao meu orientador pelo suporte, correções e incentivos em todo o tempo livre que dispunha.

Um agradecimento especial, também, aos servidores do Programa de Assistência à Saúde – PAS-UFMS, principalmente ao coordenador do CAS (Coordenadoria de Assistência à Saúde) Fábio Gomes da Silva e ao servidor responsável pelo financeiro Everton Lucas da Silva Amorim, pela disposição, gentileza, rapidez e prontidão que dispuseram para ajudar na coleta dos dados e para dirimir todas as dúvidas.

## RESUMO

Este trabalho objetiva sugerir um método para formação dos preços no Programa de Assistência à Saúde (PAS-UFMS) e comparar com as contribuições dos usuários por serviços de saúde, identificando discrepâncias. Para tanto, se faz necessário o estudo do histórico de gastos dos beneficiários e os custos administrativos do Programa, para que seja possível quantificar o prêmio estatístico e em seguida o prêmio comercial pago pelos usuários dos serviços do PAS-UFMS. Com a intenção de propor uma planilha ajustada ao método de precificação dos Planos de Saúde na formação das contribuições, especificado no decorrer da pesquisa, parte-se do princípio que os resultados aqui obtidos possibilitarão um pagamento mais ajustado às necessidades do Programa e dos beneficiários, levando em consideração as faixas etárias já praticadas pelo PAS-UFMS. Gerencialmente, este estudo objetiva auxiliar o programa de serviços à saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul a atingir a máxima eficiência na gestão de custos; academicamente, a pesquisa é motivada pelo interesse em fornecer subsídio a novos estudos, tendo em vista a escassez de estudos nessa linha; e, socialmente, é importante para que os usuários de qualquer tipo de serviço ou produto, principalmente quando se trata da própria saúde, tenham transparência quanto aos pagamentos das contribuições em relação aos serviços oferecidos. Os resultados obtidos foram ao encontro dos objetivos da pesquisa ao comprovarem a objetividade do método proposto, que conseguiu propor uma nova tabela de contribuições ajustadas.

**Palavras-chave:** Precificação; Preços; Planos; Privados; Formação; Saúde; Assistência; Custos; Receitas; Autogestão; Prêmio.

## ABSTRACT

This paper aims to suggest a method for price formation in PAS-UFMS and to compare it with the contributions of health services users, identifying discrepancies. To do so, it is necessary to study the history of the beneficiaries' expenses and the administrative costs of the Program, so that it is possible to quantify the statistical premium and then the commercial premium paid by the users of PAS-UFMS services. With the intention of proposing a spreadsheet adjusted to the method of pricing the Health Plans in the formation of contributions specified in the course of the research, it is assumed that the results obtained here will allow a payment more adjusted to the needs of the Program and the beneficiaries, taking into account the age groups already practiced by PAS-UFMS. This study aims to help the health services program of the Federal University of Mato Grosso do Sul to achieve maximum efficiency in cost management; academically, the research is motivated by the interest in providing subsidy to new studies, due to the scarcity of studies in this line; and, socially, it is important for users of any kind of service or product, especially when it comes to their own health, to have transparency regarding the payments of contributions in relation to the services offered. The results obtained were in line with the objectives of the research, proving the objectivity of the proposed method, which was able to propose a new table of adjusted contributions.

**Key-words:** Pricing; Prices; Plans; Private; Formation; Health; Assistance; Costs; Revenue; Self-management; Premium.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Contribuição mensal dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas do PAS-UFMS.....	18
Tabela 2 – Contribuição mensal dos beneficiários agregados do PAS-UFMS.....	18
Tabela 3 – Gastos públicos e privados em saúde no Brasil em relação ao PIB (2012 – 2014)	19
Tabela 4 – Gastos públicos e privados em saúde no Brasil em relação aos gastos totais (2012 – 2014).....	20
Tabela 5 – Gastos públicos com saúde em relação ao gasto total dos países selecionados - 2014.....	20
Tabela 6 – Preços por faixa etária .....	43
Tabela 7 – Planilha para Cálculo de Mensalidade por Faixa Etária.....	44
Tabela 8 – Receitas e despesas do exercício de 2017 – PAS-UFMS.....	47
Tabela 9 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas – 0 a 18 anos .....	48
Tabela 10 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas – 19 a 23 anos .....	50
Tabela 11 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas – 24 a 28 anos .....	51
Tabela 12 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas – 29 a 33 anos .....	53
Tabela 13 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas – 34 a 38 anos .....	54
Tabela 14 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas – 39 a 43 anos .....	56
Tabela 15 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas – 44 a 48 anos .....	57
Tabela 16 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas – 49 a 53 anos .....	58
Tabela 17 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas – 54 a 58 anos .....	59

Tabela 18 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas – 59 anos ou + .....	61
Tabela 19 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários agregados – 0 a 18 anos .....	63
Tabela 20 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários agregados – 19 a 23 anos .....	64
Tabela 21– Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários agregados – 24 a 28 anos .....	65
Tabela 22 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários agregados – 29 a 33 anos .....	67
Tabela 23 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários agregados – 34 a 38 anos .....	68
Tabela 24 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários agregados – 39 a 43 anos .....	69
Tabela 25 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários agregados – 44 a 48 anos .....	71
Tabela 26 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários agregados – 49 a 53 anos .....	72
Tabela 27 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários agregados – 54 a 58 anos .....	73
Tabela 28 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários agregados – 59 anos ou + .....	75
Tabela 29 – Contribuições mensais dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas (valor atual e valor calculado pela nova metodologia).....	76
Tabela 30 – Contribuições mensais dos beneficiários agregados.....	76
Tabela 31 – Teste de qui-quadrado para amostras únicas – Beneficiários titulares, dependentes e pensionistas.....	77
Tabela 32 - Teste de qui-quadrado para amostras únicas – Beneficiários agregados .....	78
Tabela 33 – Contribuições mensais dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas após adaptação legal .....	80
Tabela 34 – Contribuições mensais dos beneficiários agregados após adaptação legal .....	81

## SUMÁRIO

	<b>RESUMO</b> .....	1
	<b>ABSTRACT</b> .....	1
	<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES</b> .....	2
	<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
1	INTRODUÇÃO .....	11
1.1	JUSTIFICATIVA .....	12
1.2	HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL .....	13
1.2.1	Sistema de Saúde Suplementar .....	13
2	PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – PAS .....	15
2.1.1	Processo de formação de contribuições .....	17
3	ABORDAGENS TEÓRICO-CIENTÍFICAS.....	19
3.1	GASTOS COM SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL .....	19
3.2	PRECIFICAÇÃO .....	21
3.2.1	Agentes das Trocas .....	21
3.2.1.1	Consumidor .....	22
3.2.1.2	Empresas.....	22
3.2.2	Macroambiente .....	23
3.2.2.1	Mercado .....	24
3.2.2.2	Demanda .....	24
3.2.2.3	Ciclo de Vida do Produto .....	25
3.2.2.4	Tecnologia .....	25
3.2.2.5	Fatores político-legais.....	26
3.2.3	Política de Formação de Preços.....	26
3.2.3.1	Em função dos objetivos.....	27
3.2.3.2	Em função da demanda.....	27
3.2.3.3	Em função da concorrência .....	27
3.2.3.4	Método baseado no custo das mercadorias.....	28
3.2.3.5	Método baseado nas decisões da concorrência.....	29
3.2.3.6	Método baseado no mercado .....	29
3.2.3.7	Método misto .....	30
3.2.3.8	<i>Mark-up</i> .....	31
3.2.4	Precificação – Planos Privados de Saúde .....	32

3.2.4.1	Seguros .....	33
3.2.4.1.1	Risco .....	33
3.2.4.1.2	Segurador.....	34
3.2.4.1.3	Segurado .....	35
3.2.4.1.4	Prêmio.....	36
4	DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS.....	38
5	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	40
5.1	COBERTURAS.....	40
5.2	BASES TÉCNICAS .....	40
5.3	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	45
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
6.1	CÁLCULO DAS MENSALIDADES POR FAIXA ETÁRIA.....	45
6.2	ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES CALCULADAS .....	76
6.3	ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS TABELAS DE CONTRIBUIÇÕES.....	77
7	CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	79
7.1	FRAGILIDADES DO MÉTODO.....	81
7.2	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	82
8	REFERÊNCIAS .....	83

## 1 INTRODUÇÃO

O homem da atualidade está em crescente busca pela qualidade de vida, procurando sempre um bom serviço de saúde. A busca por um plano privado de saúde, mesmo que imposta pela precariedade do sistema público de saúde, tem se orientado a um produto de qualidade e preço justo. Sendo assim, é de se esperar que as operadoras de planos de saúde, visando atingir esse público, ofereçam preços compatíveis com essa estrutura socioeconômica. Sardinha (1995) argumenta que “um preço de um bem ou serviço deve ser ótimo para a empresa que o oferta e ótimo para o consumidor que o demanda, numa relação recíproca de ganho”.

Segundo Sardinha (1995), o preço pode ser definido como a quantidade de dinheiro que o consumidor do produto ou serviço desembolsa para adquiri-lo, e, que a empresa recebe pela sua cessão. Ainda Sardinha, nos remete ao conceito histórico de preço ao definir escambo "Preço é a expressão do valor de troca que se oferece por alguma coisa que satisfaça uma dada necessidade ou desejo".

Fica, claro, assim, a necessidade de o preço ser bem ajustado às necessidades da operadora e dos beneficiários, além de ser imprescindível que haja transparência e clareza na formação das contribuições, para que os usuários dos serviços de saúde não se sintam lesados e tenham certeza de estarem pagando preços compatíveis à qualidade do serviço oferecido.

Segundo Borba, Lisboa e Ulhoa (2009), a essencialidade dos serviços, os altos custos e a escassez de recursos do setor de saúde geram um alto grau de dificuldade na gestão das organizações e instituições voltadas a esse mercado. Portanto, um método para formação de preços de Planos de Saúde, deve oferecer um mínimo de segurança às seguradoras que assumem os riscos. Os valores praticados não podem depender somente do *feeling* de seus administradores.

Para o perfil de *marketing* das empresas modernas, o preço tem papel essencial. Apesar de estarem sujeitas à influência de inúmeros fatores que fogem ao controle das organizações como regulamentação, condições socioeconômicas, concorrência e padrão de consumo da população, uma boa avaliação do mercado por parte dos formuladores de estratégia pode levar à determinação dos preços que administram que compactue com sua sobrevivência no longo prazo. (Kotler, 1996)

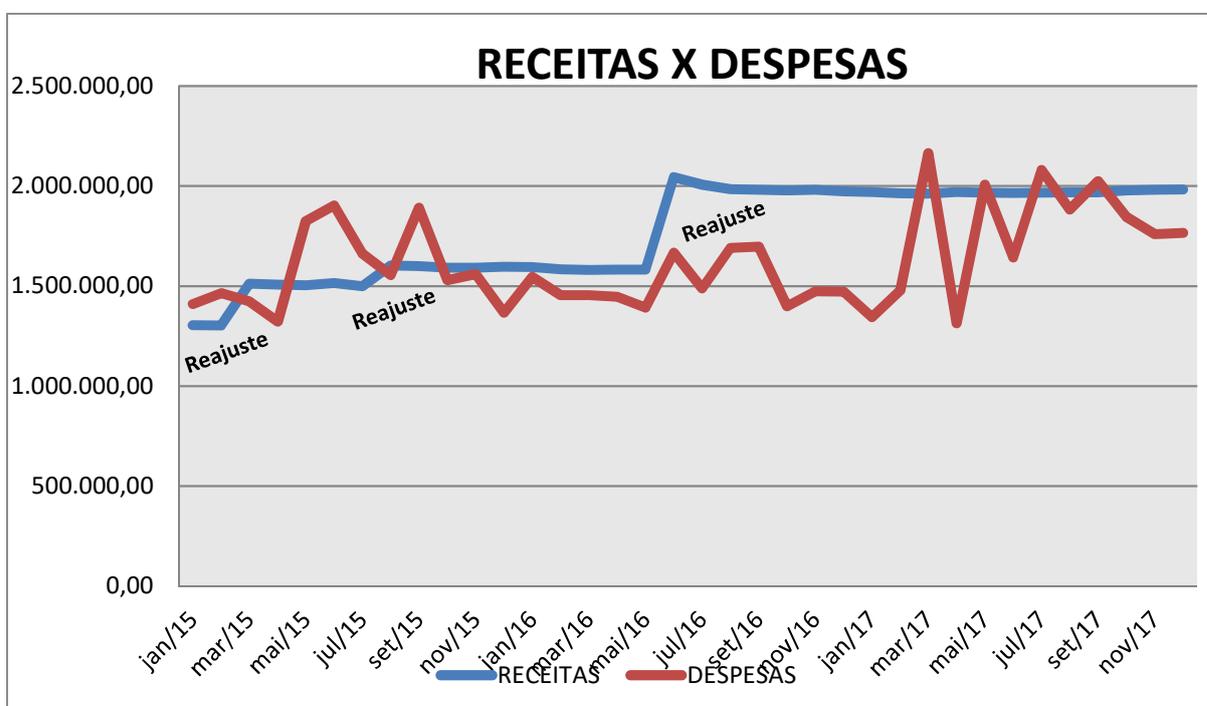
Esta pesquisa visa, nos primeiros capítulos, abordar os conceitos de preço e precificação, e as estratégias e abordagens a serem tomados, de um modo geral, para uma adequada formação de preços. Os capítulos seguintes abrangem o espectro de planos de saúde

e as peculiaridades dos seguros, após uma noção geral da precificação e do mundo dos planos de saúde regidos pela Lei nº 9.656/98, será testado o método de formação das contribuições para o Programa de Assistência à Saúde (PAS-UFMS), proposto por Ramalho (2002).

## 1.1 JUSTIFICATIVA

O PAS-UFMS atualmente centra suas principais decisões, apesar de terem que ser deliberadas e aprovadas por um órgão colegiado, nas mãos do coordenador do Programa. O método de alteração (elevação ou diminuição) das contribuições é decidido pelo coordenador e as alterações deliberadas pelo colegiado, é, portanto, subjetivo, deixando a qualidade e eficiência geradas pela precificação do Programa à mercê do “*feeling*” do coordenador. Tendo em vista que hoje a coordenação do PAS tem feito um bom trabalho no balanço das contas, esta pesquisa visa contribuir com o Programa para que um método objetivo seja proposto, de forma que as próximas coordenações sigam uma linha de raciocínio que mantenha sempre a sua máxima eficiência.

Gráfico 1 – Receitas x Despesas do PAS-UFMS (jan/15 a nov/17)



Fonte: Dados e gráfico disponíveis pelo Programa de Assistência à Saúde – PAS-UFMS.

O Gráfico 1 demonstra que, no início de 2015, o Programa vinha caminhando com grande déficit e trabalhando com um fundo de reserva crítico, situação que permaneceu até o grande reajuste na segunda metade de 2016. Apesar de o PAS-UFMS, até então, estar funcionando com mensalidades muito abaixo das cobradas por outros planos privados, tais situações, de aumento brusco, geram desconfianças e desligamentos. Mesmo após o reajuste, pode-se observar que há picos de despesas que ultrapassam as receitas, daí a importância do fundo de reserva estar em plena capacidade.

Esta dissertação visa auxiliar na formação das contribuições mensais com base na análise de risco, através de um método que pressuponha objetividade e clareza, além da facilidade para o colegiado, as coordenações e suas equipes em analisar, embasarem e darem transparência para suas decisões.

## **1.2 HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL**

Até a promulgação da Constituição de 1988, a assistência à saúde era voltada exclusivamente para empregados vinculados à previdência social. Foi após o movimento sanitário e a defesa pela universalização e a descentralização dos serviços de saúde que, com a Constituição de 88, culminaram na criação do SUS (Sistema Único de Saúde) em 1990. Foi aí que o caráter social dos serviços à saúde atingiu seu ápice, com a universalização da assistência (Ministério da Saúde, 2002).

O mercado de planos privados de assistência à saúde, não normatizado e regulado até 1998, apesar de pouco se conhecer sobre seu crescimento, esteve sempre relacionado à urbanização, à industrialização, ao crescimento da renda e aos empregos formais. Estudos e dados disponíveis sobre esse mercado, de saúde suplementar, eram predominantemente os do próprio mercado, limitados aos relatos de dados agregados relativos a clientes e faturamento das empresas. (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2002)

### **1.2.1 Sistema de Saúde Suplementar**

Com o surgimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que representavam os trabalhadores urbanos de diversas categorias, começou a se estruturar a saúde suplementar. Nos anos 40, foram criadas as Caixas de Assistência que beneficiavam os

funcionários de algumas empresas através de empréstimos e reembolsos pela utilização de serviços à saúde externos à previdência social. (PIETROBON et al., 2008)

Na década de 50, as empresas estatais e multinacionais que prestavam assistência médica de forma direta começaram a fornecer sistemas assistenciais próprios. Na década seguinte, os IAPs foram unificados formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que expandiu os credenciamentos de prestadores de serviços privados de saúde. Nos anos 60, portanto, grande parte dos trabalhadores já possuíam Planos de Saúde, fato que foi considerado um marco, principalmente pelas diversas possibilidades de assistência médica: unidades próprias credenciadas ao INPS; atendimento a trabalhadores rurais; serviços credenciados das empresas médicas; e, autogestão de empresas com Planos de Saúde próprios (PIETROBON et al., 2008).

Na década de 1970, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), pertencente ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), o que provocou uma capitalização e estímulo crescente ao setor de compras de serviços de saúde privados. Nos anos 80, apesar das crises econômicas, sociais e políticas, o movimento sanitário brasileiro continuou a crescer, culminando na criação do SUS e na manutenção e ampliação do setor suplementar (RONCALLI, 2003).

A partir da segunda metade da década de 1990 foram criadas agências reguladoras como a Agência Nacional de Saúde Suplementar, edificando esse novo modelo estatal em que se permitia a expansão da atividade privada sem que o Governo abrisse mão de promover o equilíbrio e a justiça social, agora assegurados pela Constituição e sustentados pela criação do SUS (SALAZAR et al., 2003).

No Brasil, ao contrário da maioria dos países que têm o setor de saúde suplementar regulado pela atividade econômica, a assistência à saúde é fortemente regulada por meio de proibições de seleção de risco e rompimento unilateral de contratos. Durante décadas esse setor operou sem controle governamental, os consumidores eram protegidos pelo Código de Defesa do Consumidor (antes de 1998), porém esse mecanismo se mostrou ineficiente para regular as relações entre consumidores e operadoras (BAHIA; VIANA, 2002).

Foi apenas em 1998 com a Lei 9.656 que o Governo interveio, buscando corrigir as falhas do mercado, como as exclusões de atendimento e as contribuições abusivas. Dando, enfim, sustentação legal e início às regulamentações do setor de saúde suplementar.

Hoje, o mercado de saúde suplementar é composto pelos planos privados (oferecidos por pessoas jurídicas de direito privado) e por planos vinculados à instituição

patronal de assistência ao servidor público civil e militar, com exceção destes últimos, os planos privados são regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei 9.961/00 em conjunto à medida provisória nº 2177-44.

## **2 PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – PAS**

Em 5 de junho de 1992 foi implantado o Plano de Assistência à Saúde, cujos recursos financeiros eram alocados na dotação orçamentária de pessoal – Auxílio ao Servidor Público. A data marca o nascimento da assistência à saúde na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apesar de ter surgido como um Plano e não um Programa, já em 1995 os recursos passaram a ser categorizados como custeio. Foi, no entanto, a partir de 1º de abril de 1997 que o Plano passou a ser custeado com a contrapartida dos usuários e os recursos federais foram sendo gradativamente reduzidos.

Com o aumento da “independência” financeira do Plano, este começou, desde 2001, a sofrer autuações e receber constantes diligências da Controladoria Geral da União (CGU) e do Tribunal de Contas da União (TCU) devido à operacionalização financeira, o que culminou, em junho de 2006, na extinção do Plano de Assistência à Saúde pela UFMS para, enfim, ser implantado o Programa de Assistência à Saúde.

O programa foi normatizado por um Colegiado provisório em 2006, nomeado pela universidade, tendo como principal foco seu caráter social. Desde então o PAS conta com atendimento médico-hospitalar, laboratorial, nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia e odontologia; além da possibilidade da inclusão de agregados e dependentes; atendimento domiciliar; atendimento em comunidades terapêuticas; e, reabilitação para dependentes químicos.

O Programa de Assistência à Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (PAS-UFMS), é vinculado à Coordenadoria de Assistência à Saúde da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e do Trabalho (Progep). Em nível deliberativo e consultivo, é gerenciado por um órgão Colegiado, composto por 8 membros, sendo eles: Pró-Reitor da Progep, Coordenador do CAS (Coordenadoria de Assistência à Saúde), um representante técnico-administrativo, um representante docente, um representante dos aposentados e pensionistas, um representante do CPAQ (Campus de Aquidauana), um representante do CPAN (Campus do Pantanal) e, por último, um representante do CPTL (Campus de Três Lagoas). Por seu caráter social, não tem fins lucrativos e é voltado ao atendimento dos servidores da UFMS,

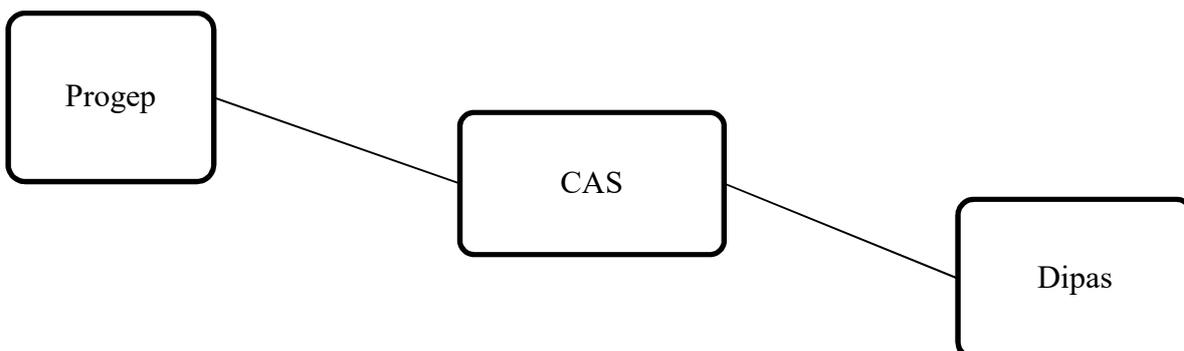
tendo como diretrizes básicas a implementação de ações preventivas, frisando a promoção, preservação e recuperação dos seus beneficiários, conforme se observa no Regulamento do Programa de Assistência à Saúde aprovado pela Resolução CD nº 102/2014:

O PAS-UFMS tem por objetivo proporcionar aos beneficiários, assistência médica ambulatorial, hospitalar, odontológica, fisioterápica, psicológica, farmacêutica durante as internações, fonoaudiologia, e terapia ocupacional, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermaria ou superior, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, nas modalidades diretas e indiretas, mediante ajustes com pessoas físicas e/ou jurídicas, públicas e/ou privadas ou ainda na forma de reembolso conforme as tabelas adotadas para os credenciados. (UFMS, 2014, p. 2)

No nível executivo, o PAS-UFMS conta com um total de 12 servidores, sendo a coordenadora do Programa, 5 assistentes administrativos, 1 administrador, 1 psicóloga, 1 fonoaudióloga, 2 enfermeiras e 1 técnico de contabilidade; 17 terceirizados, sendo, entre eles, 4 médicos auditores, 1 enfermeira auditora e 3 peritos odontológicos; e, 2 bolsistas e 7 estagiários.

Não estão na folha de pagamento do Programa os servidores, os auditores e os peritos odontológicos. A Universidade Federal de Mato Grosso do Sul estabelece contrato com a empresa terceirizada para os demais funcionários e os estagiários e bolsistas do Programa, ficando a cargo do PAS o repasse para a Universidade.

Conforme organograma a seguir, o PAS-UFMS conta com apenas duas unidades administrativas, sendo que a Coordenadoria de Assistência à Saúde (CAS) ainda apresenta outras subdivisões além da Dipas (Divisão de Assistência à Saúde). O chefe da Dipas responde à chefia do CAS que, por sua vez, responde à Pro-Reitoria de Gestão de Pessoas (Progep).



Dentro da Dipas, o Programa se organiza em setores, sendo eles: a Recepção; a Auditoria Médica; a Psicologia e Fonoaudiologia; a Perícia Odontológica; o Faturamento; o Financeiro; e o Arquivo e Almoxarifado. Apesar de não fazer parte do organograma, a Coordenadoria de Assistência à Saúde responde, ainda, ao Colegiado do Programa para qualquer decisão que concerne ao Regulamento, gastos ou quaisquer alterações quanto a coberturas ou contribuições.

### **2.1.1 Processo de formação de contribuições**

A adesão ao PAS-UFMS pelos servidores (ativos, inativos e pensionistas) da Universidade Federal é voluntária e ocorre com a assinatura do Termo de Adesão, o que implica na ciência e aceitação das condições do Programa, previstas no Regulamento.

O Programa segue um modelo de autogestão, portanto, é custeado por meio das contribuições dos beneficiários. Essas contribuições são realizadas através da autorização do desconto mensal em folha de pagamento pelo titular. Os valores são definidos pelo Colegiado do PAS-UFMS com aprovação do Conselho Superior. Além das contribuições mensais, também são cobradas do beneficiário a participação no custo dos serviços utilizados, mediante pagamento direto ao credenciado, em percentuais dos valores fixados pelo Colegiado.

Segundo o Regulamento do PAS-UFMS, aprovado pela Resolução CD nº 102/2014, o programa deverá ter um fundo de reserva no valor equivalente, a no mínimo, dois meses de despesas correspondente a média dos últimos seis meses:

Art. 37. A avaliação atuarial ou a previsão orçamentária, que servirá de base para o estabelecimento do orçamento do exercício financeiro seguinte e para formação do fundo de reserva, o qual deverá ser de valor equivalente, a no mínimo, dois meses de despesas correspondente a média dos últimos seis meses, deverá ser realizada e aprovada pelo Colegiado do PAS-UFMS no mês de outubro de cada ano. (UFMS, 2014, p. 10)

Como dito anteriormente, o Programa não visa lucro, portanto, os valores das contribuições ou quaisquer reajustes são feitos buscando, apenas, sua manutenção. O superávit no orçamento é destinado ao fundo de reserva que funciona como mecanismo emergencial para as flutuações orçamentárias. Atualmente, apesar dos valores serem aprovados pelo Colegiado, cabe à Coordenadoria do Programa de Assistência à Saúde a função de execução, sendo assim, as oscilações nos custos do Programa são monitoradas e os

ajustes na tabela de mensalidades são sugeridos pela coordenadora e pela Divisão do Programa de Assistência à Saúde (Dipas) ao Colegiado do PAS.

As alterações nas mensalidades têm como termômetro o fundo de reserva. Uma vez que as reservas comecem a ficar escassas, é calculado, em média, o percentual necessário para neutralizar os déficits, ou, caso o fundo de reserva precise ser repostado, o percentual necessário a essa reposição.

Os valores das contribuições mensais dos titulares são cobrados levando em consideração a faixa etária em que se encontram os beneficiários titulares e dependentes, e, beneficiários agregados, conforme tabelas 1 e 2. O reajuste, quando necessário, é aplicado proporcionalmente em cada faixa de contribuição.

Tabela 1 - Contribuição mensal dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas do PAS-UFMS

<b>Faixas Etárias</b>	<b>Valor (R\$)</b>
Até 18 anos	164,00
19 a 23	192,00
24 a 28	198,00
29 a 33	205,00
34 a 38	220,00
39 a 43	238,00
44 a 48	300,00
49 a 53	350,00
54 a 58	400,00
59 ou +	500,00

Fonte: Resolução CD nº 37 de 27 de abril de 2016.

Tabela 2 – Contribuição mensal dos beneficiários agregados do PAS-UFMS

<b>Faixas Etárias</b>	<b>Valor (R\$)</b>
Até 18 anos	130,00
19 a 23	165,00
24 a 28	190,00
29 a 33	210,00
34 a 38	250,00
39 a 43	300,00
44 a 48	350,00
49 a 53	450,00
54 a 58	600,00
59 ou +	700,00

Fonte: Resolução CD nº 62 de 3 de julho de 2015.

O PAS-UFMS separa as contribuições mensais em duas tabelas, uma destinada aos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas e outra aos beneficiários agregados. Entende-se por beneficiários dependentes, segundo a Resolução nº 102/2014 (Regulamento do PAS-UFMS), a) o(a) cônjuge, companheiro(a), que comprove a união estável; b) o companheiro ou companheira que comprove união estável homoafetiva; e, c) a pessoa separada judicialmente, divorciada ou que teve união estável dissolvida; enquanto os beneficiários agregados são: d) os filhos e/ou enteados, até vinte e um anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez; e) os filhos e/ou enteados, entre vinte e um e vinte e quatro anos de idade, comprovada a condição de estudante; e, f) o menor de idade, sob a guarda concedida por decisão judicial, dependente economicamente.

### 3 ABORDAGENS TEÓRICO-CIENTÍFICAS

#### 3.1 Gastos com Serviços de Saúde no Brasil

A Constituição Federal de 1988 prevê a universalidade e gratuidade dos serviços de saúde no Brasil, no entanto dados da composição dos gastos com saúde revelam alguns aspectos relevantes. Apesar de o investimento com saúde no Brasil estar próximo à média mundial (8,3% do PIB em 2014)<sup>1</sup>, a tabela 3 mostra que os gastos privados com saúde são superiores aos públicos.

Ainda, em relação aos gastos totais per captas, também é possível observar a dicotomia nas despesas com serviços de saúde (Tabela 4), o investimento público com saúde está muito aquém dos países que têm um sistema de saúde semelhante como França, Dinamarca e Canadá, se fazendo necessário ao brasileiro incluir em suas despesas o gasto com saúde direto ou por meio de Planos Privados.

Tabela 3 – Gastos públicos e privados em saúde no Brasil em relação ao PIB (2012 – 2014)

Ano	Gasto Público	Gasto Privado
2012	3,7%	4,6%
2013	3,8%	4,7%
2014	3,8%	4,5%

<sup>1</sup> Dados do World Bank (WP), 2017.

Fonte: Dados do World Bank (WB), 2017.

Tabela 4 – Gastos públicos e privados em saúde no Brasil em relação aos gastos totais (2012 – 2014)

<b>Ano</b>	<b>Gasto Público</b>	<b>Gasto Privado</b>
2012	44,3%	55,7%
2013	45,1%	54,9%
2014	46%	54%

Fonte: Dados do World Bank (WB), 2017.

Os gastos públicos com saúde nos países cujas economias seguem os mesmos preceitos de sistemas nacionais de saúde são superiores ao do Brasil (Tabela 5). Segundo dados da World Bank e OMS a média mundial é de aproximadamente 60%, tais disparidades entre os gastos públicos e privados com saúde explicam a expansão da saúde suplementar através dos Planos privados.

Tabela 5 – Gastos públicos com saúde em relação ao gasto total dos países selecionados - 2014

<b>País</b>	<b>Gasto Público</b>
Dinamarca	84,8%
Reino Unido	83,1%
França	78,2%
Tailândia	77,8%
Canadá	70,9%
Chile	49,5%
Brasil	46%

Fonte: Dados do World Bank (WB), 2017.

As tabelas mostram que o investimento estatal em saúde no Brasil é insuficiente para oferecer um serviço universal e de qualidade para os cidadãos, o que influi na necessidade de auferir gastos extras para se conseguir um melhor atendimento, que parte da população de maior poder aquisitivo pode arcar. Nota-se o porquê de o SUS ser considerado um serviço de saúde voltado à população de menor renda real<sup>2</sup> o que fere, no entanto, a concepção de o Sistema é universal e promotor de desenvolvimento e crescimento econômico.

---

<sup>2</sup>Renda Real: Renda nominal descontada a inflação. Poder de compra.

A Constituição Federal de 88 no seu artigo 199 já diz que a saúde é livre à iniciativa privada. O Governo pode, e o faz, optar pela compra de serviços privados de saúde para melhorar a assistência pública dado o excesso de demanda. Segundo Menicucci (2007), porém, os interesses públicos e privados não acompanham mudanças e comportamentos demográficos tornando a cobertura insuficiente aos cidadãos, uma vez que os Planos e serviços privados de saúde seguem as leis de mercado e o comportamento empresarial não leva em consideração carências e/ou especificidades regionais.

## **3.2 Precificação**

Para Bernardi (1998), a informação é o principal fator para a correta formação de preços. Segundo o autor, a formação de preços é um sistema que deve ser alimentado de informações detalhadas para que as muitas variáveis econômicas sejam consideradas e a decisão tomada seja de boa qualidade.

O sucesso de uma firma está ligado a diversos fatores, alguns mais facilmente controlado que outros. O controle de custos, por ser mais controlável, tende a ter grande importância para os gestores. O preço de venda e nível de lucro desejado são altamente afetados pela estrutura de custos, onde uma boa gestão faz-se imprescindível. Os gestores, então, podem definir a margem de lucro desejada ao estabelecer uma estratégia levando em consideração os efeitos dos preços sobre a demanda e o mercado, planejando, assim o nível operacional adequado. (KOTLER, 1996)

As empresas, na precificação de seus produtos, baseiam-se, portanto, nos custos e/ou nos seus objetivos mercadológicos ao buscar a abordagem que melhor se adapta às diversas situações vivenciadas.

Estabelecer os métodos e metas para a precificação do produto é crucial para sobrevivência e estabilidade das empresas. Os critérios envolvem a definição do público-alvo, a localização, fatores político-legais, decisões de longo prazo, fatores internos e externos, além de considerar o mercado em que a empresa está inserida. (SARDINHA, 1995).

### **3.2.1 Agentes das Trocas**

Para determinar o preço de um produto, comumente acredita-se que bastaria examinar os preços dos concorrentes paralelamente ao estudo de quanto o consumidor deseja

pagar no bem. Esta é, no entanto, uma percepção equivocada. A política de preço para cada produto é diferente, os fatores macroambientais devem ser cautelosamente observados para que a vivência a longo prazo de uma organização não seja ameaçada pela escolha errada da política de preço, consequência de uma avaliação malfeita das variáveis do macroambiente. (SARDINHA, 1995)

Para que possamos compreender a importância da decisão de preço, faz-se imprescindível, primeiramente, a conceituação dos objetivos dos agentes de troca: consumidor e empresa.

#### 3.2.1.1 Consumidor

De acordo com a teoria clássica, o consumidor, sendo um agente racional, busca maximizar sua utilidade na demanda de um produto. Entende-se por utilidade a satisfação obtida pelo consumo de várias unidades de um ou de vários bens. Essa noção deve, no entanto, ir além, uma vez que é necessário considerar a falta de informação do acerca dos produtos ofertador, preferências ou modismo, experiência, etc.

Importante frisar, ainda, que existem produtos inerentes aos hábitos do consumidor e que a análise desses produtos vai além do custo-benefício. Segundo Sardinha:

Um produto é demandado quando, após ser submetido a uma análise benefício/custo, tida como necessária, é considerado satisfatório. Tal análise é empregada para suprir a necessidade de explicar a aquisição do produto ou legitimar a escolha de uma marca. (SARDINHA, 1995, p. 21)

Segundo Kotler, o consumidor no processo de decisão de compra busca o reconhecimento das informações, avalia as alternativas, e, após tomada a decisão, deve-se considerar o comportamento pós-compra. O consumidor é, portanto, influenciado pelos estímulos de *marketing* (produto, preço, praça e promoção), além dos estímulos econômicos, tecnológicos, políticos e culturais, ademais observa-se nesse processo as características do comprador (culturais, sociais, pessoais e psicológicas). (KOTLER, 1996)

#### 3.2.1.2 Empresas

Os objetivos empresariais justificam a existência e o comportamento das empresas dentro do mercado e, ao contrário do que se pensa, não se trata, como enuncia a teoria clássica, da maximização do lucro simplesmente. Sob esse olhar, estabelece-se que o esforço das organizações se orienta para, segundo Sardinha, a maximização da receita, através do aumento do preço e da minimização dos custos.

É importante, no entanto, que seja observado o comportamento da demanda antes de arriscar uma política de preço, seja de aumento ou diminuição. Tal comportamento pode ser resumido pela qualificação da elasticidade-preço da demanda. Sardinha (1995) explica a demanda elástica como a retração no consumo de um bem proporcionalmente maior ao aumento no seu preço, e, paralelamente, uma demanda inelástica quando o consumo de um bem apresenta uma retração proporcionalmente menor ao aumento de seu preço.

A dificuldade de, na prática, encontrar o ponto de equilíbrio entre a receita e o custo marginais levaram administradores e economistas a concluírem que:

O objetivo da organização empresarial moderna é mais dinâmico e menos “racional” que o da firma teórica, podendo este ser caracterizado pelo esforço de sobrevivência a longo prazo. (Sylos-Labini, 1984)

Pode-se observar, portanto, que é imprescindível o estudo dos fatores macroambientais para a execução de uma política de preços eficiente.

### **3.2.2 Macroambiente**

Segundo Porter (1986), a essência da formulação da estratégia competitiva é o relacionamento da companhia ao meio ambiente. A sobrevivência de uma empresa a longo prazo sugere coerência entre os fatores gerados pelo macroambiente e as estratégias de *marketing* e política de preço.

De acordo Churchman (1972 apud Sardinha, 1995), tudo aquilo que está situado “fora” do sistema são variáveis exógenas, e, avaliar adequadamente as variáveis do ambiente o qual o produto se defrontará, com a política de preço, é essencial para a sobrevivência.

Uma variável exógena ou “fora” do sistema significa que a empresa pouco ou nada pode fazer a seu respeito, ao contrário das variáveis endógenas, por exemplo a decisão de preços.

### 3.2.2.1 Mercado

O mercado, segundo Sardinha (1995) pode ser definido como um conjunto de pontos de contatos onde ofertantes de bens e serviços estão de um lado e compradores e usuários de outro, os quais estabelecem condições de compra e venda e fecham negócios.

A estrutura do mercado caracteriza-se, principalmente, pela relação entre as firmas nele inseridas. Podem ser de:

- Concorrência Perfeita: o consumidor é indiferente às marcas e conhece bem as características do produto; o preço do produto não pode ser influenciado pelo produtor que deverá empregar uma estratégia de redução de custos; e, o produtor não tem vantagem em relação aos concorrentes por tentar vender a um preço menor, podendo gerar desconfiança por parte do consumidor, resultando na queda das vendas e, conseqüentemente, diminuição do lucro.

- Monopólio Puro: não existem produtos substitutos; a elasticidade-preço do produto é inelástica, sendo assim, a empresa se encontra em posição confortável para variações de preço.

- Concorrência Monopolística: produto único com vários produtores; foco na diferenciação do produto, não sendo o custo um fator tão significativo; a elasticidade-preço do produto é inelástica.

- Oligopólio: poucas empresas produzindo o mesmo produto; propício à formação de cartel; caracterizado como “puro” quando há produtos substitutos, portanto, as firmas mantêm os preços na mesma faixa da concorrência (cartel), e como “diferenciado” quando existe grande esforço de diferenciação do produto, não existindo, portanto, substitutos (assemelha-se à concorrência monopolística).

### 3.2.2.2 Demanda

A demanda é a expressão das necessidades dos consumidores, sanada pela materialização de suas características nos produtos ofertados. Sardinha (1995) enuncia que “são as necessidades que movem a demanda, expressas nas próprias dimensões do produto, que induzem os ofertantes a se organizarem sob certas condições estruturais”.

Uma empresa ofertante deve ser capaz de analisar e conhecer a demanda, uma vez que essa tende a influenciar as decisões de preço da firma e da concorrência, de acordo com

as condições concorrenciais do mercado. A empresa infere, então, sobre o tipo e o grau das necessidades dos consumidores; a capacidade de gastos dos consumidores; do ponto de vista do consumidor, o benefício que o produto lhe proporcionará; a relação custo/benefício em relação ao produto da firma e de seus concorrentes; e, as tendências comportamentais do momento. (SARDINHA, 1995, p. 41)

### 3.2.2.3 Ciclo de Vida do Produto

Uma característica do ambiente a ser observada com atenção para o processo de decisões de preço é o ciclo de vida do produto.

...durante o tempo em que um produto é comercializado, este passa por quatro estágios, em cada um dos quais a estrutura dos mercados, o perfil e o nível da demanda, o domínio da tecnologia, e, por consequência, a política de preços da firma têm contornos bastantes característicos. (SARDINHA, 1995, p. 42)

Segundo o autor, as fases dos ciclo de vida do produto são: 1) Estágio introdutório – pouca demanda, consequência da pouca informação que os consumidores têm sobre o produto; 2) Crescimento – a demanda aumenta à medida que aumenta o número de consumidores e a frequência do consumo, nessa fase mais firmas são atraídas ao mercado; 3) Maturidade – o consumo continua crescendo, porém pouco, até se atinja o ápice, momento esse em que a taxa de lucro unitária diminui e novos consumidores não são esperados; e, por último, 4) Declínio – há a diminuição da demanda em função de inovações e novos produtos no mercado que o tornam obsoleto, forçando as empresas vendedoras a deixarem o mercado.

### 3.2.2.4 Tecnologia

O monitoramento do avanço tecnológico é imprescindível à sobrevivência a longo prazo de uma firma. As principais mudanças tecnológicas são em relação à redução de custos e ao aumento na qualidade dos produtos ofertados, isso quando não causa uma revolução no mercado ou setor (caso dos setores de eletrônicos).

As inovações tecnológicas não só mudam as características da indústria, como também modificam a demanda ao serem incorporadas ao cotidiano do consumidor de forma

que influenciem nos hábitos, preferências e padrões, se tornando indispensável à vida das pessoas, por exemplo, celulares, computadores, eletrodomésticos, etc.

#### 3.2.2.5 Fatores político-legais

Por fim, os últimos fatores que condicionam as decisões de preço pelas empresas são os político-legais. Tais, compreendem as leis, regulamentações, políticas de proteção ou subsídio, que interferem na atuação das empresas e protegem o consumidor.

Segundo Sardinha (1995), as leis são feitas levando em consideração o período histórico e não são, portanto, imutáveis. Sendo assim, os segmentos podem se reunir, se organizar como grupos de pressão ou *lobbies* para criar, alterar, revogar ou mesmo manter as leis.

O Governo e a legislação também influenciam a incorporação de novas tecnologias, podendo estimulá-las através de subsídios ou concessões, retardá-las por meio de barreiras em normas legais ou mesmo inviabilizá-las por uma medida política.

### 3.2.3 Política de Formação de Preços

O preço de venda de um produto consiste em determinar o preço que melhor se adequa aos objetivos e estratégias da organização. Dentro do planejamento, a formação do preço é o passo mais importante, se não for aceito pelo público alvo pode causar impactos negativos ao resultado da empresa. (BONFIM e PASSARELI, 2008)

Segundo Bruni e Famá (2004), para que a formação do preço de venda seja feita eficazmente deve-se levar em consideração o interesse da empresa quantos aos resultados, o interesse do consumidor e o interesse da concorrência. Dizem ainda que a precificação envolve dois aspectos, os quantitativos (maximização de resultados para se obter o maior lucro possível) e os qualitativos (geração de valor, foco na qualidade do atendimento).

Segundo Bernardi (1998), devem ser considerados os aspectos econômicos e financeiros para a formação de preços de modo que a empresa busque o mercado, através de uma política bem fundamentada, consistente e orientada.

Antes de formar preços e estabelecer políticas, deve-se examinar o mercado, o ambiente, a concorrência e verificar o que o mercado estaria disposto a pagar pelo

produto, para então se decidir, porém com um enfoque de fora para dentro da organização.

(...) É importante enfatizar que o preço que o mercado estaria disposto a pagar não significa “o mais alto possível a ser praticado”, mas aquele que representa o valor para o consumidor, o que resulta num preço competitivo. (BERNARDI, 1998, pgs. 217 e 218)

### 3.2.3.1 Em função dos objetivos

A definição da política de preços em função dos objetivos pode se basear nos seguintes: penetração no mercado (preços baixos para estimular o crescimento); aumento de participação (preços baixos para conquistar fatias de mercado); preço da exclusividade (altos preços motivados por inovação); recuperação do caixa (foco na recuperação dos investimentos); maximização dos resultados (maximizar lucro); promoção (preços promocionais de determinada linha); preço/qualidade (maior preço focado na qualidade); e, preço/oportunidade (preços em função da oportunidade da venda). (BERNARDI, 1998, p. 220)

### 3.2.3.2 Em função da demanda

Segundo Bernardi (1998), a estratégia de preços com foco na demanda, trata-se da discriminação do preço. Os produtos, mercadorias e serviços são vendidos por preços diferenciados, tendo como base os clientes, a época, o local e o momento.

### 3.2.3.3 Em função da concorrência

Quanto à concorrência, as estratégias podem se basear no: preço médio praticado; preços mais altos ou baixos em determinados patamares; e, preço competitivo de fora para dentro da organização.

Em condições de forte concorrência, o conhecimento e o controle dos custos são fundamentais, uma vez que o preço já é praticamente determinado, devendo a empresa conhecer suas possibilidades de trabalhar em tais níveis.

É necessário esclarecer que, de fato, o ideal é desenvolver uma nova classe de políticas e preços em função do novo contexto mercadológico, dado o novo paradigma. (BERNARDI, 1998, p. 220)

O estabelecimento de preços é uma decisão complexa e não pode ser tomada sem cautela, principalmente quando se trata da primeira vez ou quando o objetivo é alterar o preço. No caso de aumento de preços devem ser considerados os fatores envolvidos na demanda, dando atenção às atitudes, estatísticas, além da avaliação do mercado e da concorrência. Em se tratando de redução de preços, a conotação pode ser dúbia, pois pode gerar reações do mercado e dos concorrentes. (BERNARDI, 1998)

Na atualidade, embora ainda seja usual formar preços baseados nos custos e despesas, os aspectos mercadológicos e a estratégia de preços são vitais, como talvez nunca foram antes, exigindo “qualidade” e planejamento em níveis elevados. O cliente e o mercado estão cada vez mais exigentes e conhecedores da possibilidade de alternativas e forte concorrência, que de certa forma ditam o preço pela abundância da oferta e alternativas. (BERNARDI, 1998, p. 221)

De acordo com Santos (1991), para a formação correta do preço de venda, deve-se atentar para os objetivos e para as necessidades da empresa. A partir daí, pode-se adotar um método condizente com a situação da organização, os métodos, segundo Santos (1991) podem ser baseados: no custo das mercadorias; na decisão dos concorrentes; nas características do mercado; e, na formação mista.

#### 3.2.3.4 Método baseado no custo das mercadorias

Para Santos (1991), esse é o método mais comum e devem ser considerados o custo total, em que é importante adicionar uma margem suficiente para cobrir os lucros desejados, e os custos e despesas variáveis, onde deve-se observar que a margem adicionada precisa cobrir os lucros e os custos fixos.

Nagle e Holden (2003) afirmam, ainda, que “o apreçamento com base no custo-mais-adicional é, historicamente, o procedimento mais comum de apreçamento, porque carrega uma aura de prudência financeira”.

Sendo o foco na concorrência ou demanda, para que a empresa possa sobreviver no mercado e competir em nível de igualdade com as demais organizações, é preciso que haja o controle das atividades da empresa, avaliação de desempenho do produto e atenção às variações mercadológicas.

Kotler (1998 apud Ramalho, 2002) argumenta que a definição do teto para o preço é estabelecida pela demanda, mas os custos estabelecem o piso. A empresa não pode cobrar

um preço que não cubra seus custos de produção, distribuição e venda, além do seu retorno (lucro).

Para Assef (2002), existem três formas para tratar os custos visando à formação de preços, são elas: o custeio por absorção, o direto ou variável e o baseado em atividades. A decisão entre tais métodos basear-se-á no tempo disponível para a tomada de decisão e, primordialmente, no nível de utilização da capacidade produtiva.

### 3.2.3.5 Método baseado nas decisões da concorrência

Este método baseia-se na atenção às práticas dos concorrentes e eleger critérios para acompanhá-lo ou estabelecer ofertas superiores a ele, sendo importante, portanto, manter uma posição firme após o fechamento do preço.

Segundo Kotler (1998 apud Ramalho, 2002), existe uma variedade de preços capazes de serem determinados pela demanda, pelo mercado e custos, e pelas reações de preços dos concorrentes, além disso, é preciso conhecer o preço e a qualidade das ofertas concorrentes. Kotler (1998, p. 447) ainda complementa:

Neste caso, a empresa baseia seu preço em função dos preços cobrados pelos concorrentes, dedicando menor atenção a seus próprios custos ou à demanda. Ela pode cobrar igual, mais ou menos do que seus principais concorrentes. Nos setores oligopolizados que vendem *commodities* como aço, papel ou fertilizante, de modo geral, as empresas cobram o mesmo preço. As empresas menores “acompanham a líder”, mudando seus preços quando esta também muda, não em função de alterações de custos e demanda. Algumas empresas podem conceder pequenos descontos ou cobrar um pouco acima, mas conservam a maior parte de suas margens. Assim, os pequenos postos de gasolina cobram alguns centavos abaixo das grandes redes pertencentes às grandes empresas petrolíferas.

### 3.2.3.6 Método baseado no mercado

Quando se usa o mercado como critério de formação de preços, é importante ter como premissas fundamentais a análise, a compreensão e a exploração do contexto mercadológico. Frezatti (1998) frisa que essas premissas devem ser conduzidas de maneiras diversificadas para que sejam abarcadas as oscilações provocadas pelas inconstâncias da demanda. Sendo assim, as empresas usam este método para apreçamento do produto em posse de um profundo conhecimento sobre o mercado, pois permite ao administrador estabelecer parâmetros na tomada das decisões finais.

Para Santos (1991), estas decisões auxiliam o administrador a decidir se o preço praticado será mais alto ou mais popular. Portanto, é importante um direcionamento, se classes mais elevadas ou se classe média para estabelecer o preço de venda dos produtos.

### 3.2.3.7 Método misto

Este método leva em consideração os métodos citados anteriormente. Segundo Santos (1991) este é o método mais prudente, uma vez que permeia as características do mercado; os custos envolvidos; e a concorrência para formar o preço de venda.

Ramalho (2002, p. 35) resume:

#### **Custos Envolvidos**

O administrador primeiramente deve conhecer, analisar e repassar aos preços todos os custos que envolvem e fazem parte da operacionalização da empresa, pois, tais custos são desembolsos que obrigatoriamente a empresa terá que realizar em função de sua operacionalização e estrutura organizacional ao qual encontra-se.

#### **Decisões dos Concorrentes**

O administrador além de analisar os custos pertencentes a esta operacionalização, deve prestar atenção às ações e estratégias de mercado tomadas por seus concorrentes, para que desta perder mercado, tornando-se forte e competitivo no mercado em que atua.

#### **Características de Mercado**

O administrador além de conhecer os dois itens anteriores, deve também conhecer o comportamento imposto pelo mercado consumidor e as oscilações provocadas pela demanda, para posteriormente fixar o preço de venda, ou seja, ele deve conhecer as necessidades do mercado consumidor, bem como o quanto o consumidor está disposto a pagar pelo seu produto.

A empresa, portanto, deve estar atenta às etapas fundamentais da formação de preços (Figura 1). Além disso, é preciso, também, tomar certas medidas para que as alterações de preços sejam eficazes. O foco na comunicação com clientes e revendedores deve ser uma das prioridades para os estrategistas.

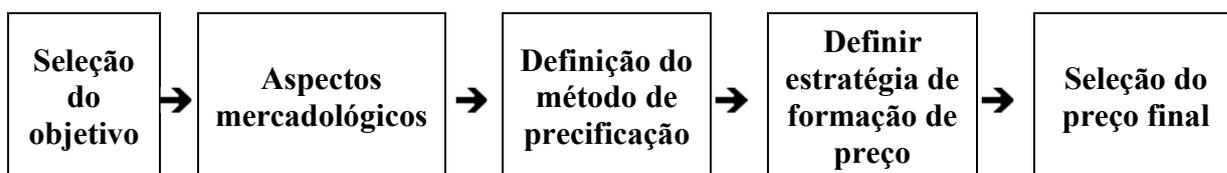


Figura 1: Etapas da precificação - Adaptado de Ramalho (2002)

### 3.2.3.8 *Mark-up*

O *mark-up* é um indicador ligado aos aspectos quantitativos da formação do preço de venda do produto, pois procura proporcionar o maior lucro de venda, não pode ser, no entanto, denominado o lucro da venda, uma vez que, para tal, existem outras variáveis que precisam ser levadas em consideração. (BRUNI e FAMÁ, 2004).

Santos (1991) define a formação do *mark-up* como um índice aplicado sobre o custo de um bem ou serviço, valor adicionado ao custo. Para Bernardi (1996), é um índice ou percentual adicionado aos custos e despesas, não significando, porém, que deva ser aplicado a todos os bens e serviços.

Vieira (2008 apud Bruni e Famá, 2004, p. 341-342) explica que há duas formas para encontrar o *mark-up*:

- Multiplicador (usual), representa por quanto devem ser multiplicados os custos para chegar ao preço de venda:

$$\text{Mark-up} = \frac{1}{1 - \text{soma das taxas percentuais}^3}$$

- Divisor (menos usual), representa percentualmente o custo em relação ao preço de venda:

$$\text{Mark-up} = \frac{100 - \text{soma das taxas percentuais}}{100}$$

Vieira (2008, apud Santos, 2000) ainda observa que, independentemente do tipo de *mark-up* usado, o preço de final de venda terá o mesmo valor, ou seja, há duas formas de chegar ao mesmo preço de venda, cabendo apenas ao gestor definir a que tem maior afinidade.

Segundo Vieira (2008) deve-se frisar que não basta aplicar um percentual sobre o custo e acreditar que isso é precificar, pois todos os impostos e taxas recaem sobre o preço final de venda e não sobre o custo, daí a importância do *mark-up* para calcular a margem de lucro da empresa.

---

<sup>3</sup> “Soma dos valores expressos em percentuais que influenciam no processo de formação de preços, como percentual desejado, taxa percentual de despesas diversas, etc.” (VIEIRA, 2008)

É importante, no entanto, atentar que o Programa de Assistência à Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul não visa lucro. Todo o excesso de arrecadação das contribuições é destinado ao fundo de reserva que, segundo a Resolução CD nº 102/2014, deve ser de, no mínimo, o equivalente a dois meses de contribuição. Portanto, nesta pesquisa não será calculado o *mark-up*, o fundo de reserva será suprido pelo cálculo do risco para cada faixa etária.

Após a fundamentação geral do apreçamento de produtos e serviços dentro das organizações, os próximos capítulos tratam especificamente da formação de preços no âmbito das seguradoras de planos de saúde, e, mais adiantes do Programa de Assistência à Saúde (PAS-UFMS). Os capítulos anteriores, forneceram os subsídios necessários às argumentações seguintes que contextualizam a pesquisa abordada nesse trabalho.

### **3.2.4 Precificação – Planos Privados de Saúde**

A Lei nº 9656/98 (Anexo 1), que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, trouxe um novo cenário ao mercado de serviços de saúde no Brasil ao impor novas regras de cobertura e padronizar os produtos das operadoras. Antes da normatização, era comum o segurado deparar-se com a negativa quanto à cobertura de determinados procedimentos, informação que só lhes era dada quando da necessidade do atendimento.

A Lei instituiu a cobertura contratual mínima dos planos de saúde oferecidos ao público, coberturas obrigatórias sem restrições (carências) em caso de urgência e emergência, obrigou que os contratos fossem redigidos com clareza e completude para que não houvesse conflitos relacionados à interpretação, e, além disso, exigiu que os preços dos serviços ficassem a cargo de um profissional especializado. A partir desse momento, pôde-se perceber maior profissionalismo, transparência e busca pela resolução dos conflitos entre as empresas de planos de saúde e os consumidores.

Apesar desses avanços, o ramo da área da saúde dentro das empresas ainda precisa ser modernizado, por contar com modelos imprecisos e pouco efetivos na consistência para tomada de decisões relativas a administração e tomada de decisões. Muitas vezes o gestor recorre a sua própria "intuição" e experiência para precificação compatível com os custos. Ainda, a literatura especializada é precária no que tange à abordagem das características macro e microeconômicas da saúde.

Churchill e Peter (2000, p. 341 apud Ramalho, 2002) em relação aos preços cita:

Quanto às questões legais e éticas referentes aos preços, muitas são regulamentadas pelo governo (...) precisam levar em conta questões jurídicas, como as contidas no Código de Defesa do Consumidor, que proíbe aumentos e discriminação de preços injustificados.

#### 3.2.4.1 Seguros

Figueiredo (1997) caracteriza o seguro como um plano social que combina riscos de vários indivíduos e prevê perdas atuarialmente, usa os fundos das contribuições dos membros desse grupo para pagar, quando devidas, as indenizações de acordo com o contrato em questão.

Segundo a autora, o mecanismo de seguro trata de uma ajuda mútua entre os participantes, onde o prêmio pago (contribuições) é relativamente pequeno em troca da tranquilidade e segurança econômica. O grupo tem para si transferida a responsabilidade de arcar com as grandes perdas potenciais de cada membro, dentro dos termos do contrato de seguros.

O propósito fundamental do seguro é reduzir a incerteza e a preocupação das pessoas proveniente da impossibilidade de prevenir futuros gastos decorrentes de riscos a que estão expostas suas propriedades e elas próprias em sua vida e em sua integridade física. (FIGUEIREDO, 1997, pg. 13)

##### 3.2.4.1.1 Risco

Dentre os conceitos básicos do seguro (Anexo 2), Figueiredo (1997) define o risco como “uma condição em que perdas são possíveis”. Portanto, o risco é condição inerente ao ambiente em que se vive, as pessoas aprendem a conviver e se defender dos riscos.

A autora ainda enaltece que, apesar de “perda” ser entendida como redução ou desaparecimento de valor, ou seja, medida em termos econômicos, vai muito além de valores, também significa um desvio desfavorável das expectativas positivas.

Ainda, na definição de risco a palavra possível significa que a perda pode ou não ocorrer, onde há certeza de ocorrência ou não do evento não há risco. Além disso, quando se trata de indivíduos ou pequenas empresas, as chances de perdas são imensuráveis, por isso, segundo Figueiredo (1997), usa-se “possível” em vez de “provável”.

Para grandes organizações como conglomerados industriais, comerciais ou financeiros, muitas das situações envolvem chances mensuráveis e previsíveis de perda. Ou seja, suas perdas podem ser prognosticadas com considerável precisão, e estas organizações são capazes, assim, de administrar os riscos de uma forma melhor do que os indivíduos e as pequenas organizações o fazem. (FIGUEIREDO, 1997, pg. 20)

Existem dois tipos de classificação do risco: puro ou especulativo. O risco especulativo envolve chances de perdas ou de ganhos, por exemplo, apostas, investimento em ações na bolsa de valores, etc. A possibilidade de ganho motiva as pessoas a inferir riscos maiores ou menores dependendo proporcionalmente a chance de resultados positivos, riscos especulativos. Em contrapartida, o risco puro é aquele em que há a possibilidade de perder ou não (FIGUEIREDO, 1997).

No caso da saúde, o risco está associado à necessidade de procedimentos em geral: consultas, exames e internações. O valor desembolsado na ocorrência de tais procedimentos é muito variável, o risco está diretamente associado ao conceito de probabilidade, sendo muito difícil estimá-lo (RAMALHO, 2002).

#### 3.2.4.1.2 Segurador

As partes contratantes de um seguro são o segurador e o segurado. O segurador, segundo Figueiredo (1997), é aquele que assume a responsabilidade de determinados riscos mediante o pagamento de um prêmio estipulado em contrato. A principal obrigação desse agente é indenizar, através do pagamento do prejuízo resultante da efetivação do risco assumido.

Sendo o seguro em sua essência apenas reparatório, a indenização deve corresponder apenas ao prejuízo sofrido pelo segurado, e a importância fixada na apólice é o limite máximo que pode ser pago ao segurado pelo prejuízo sofrido. (FIGUEIREDO, 1997, pg. 21)

Com exceção dos seguros de vida, que pode assumir qualquer valor, a indenização fixada no contrato deve ser o valor real do bem, objeto do seguro, no momento do sinistro, o segurador indenizará o segurado no limite máximo de seu prejuízo.

Quando se fala na figura do segurador, trata-se de uma empresa que opera com exclusividade de atuação e só pode dedicar-se a essa única atividade, de seguros e inversão de seu capital. De acordo com o Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, só se admite

forma jurídica de atuação na atividade de seguro como sociedade anônima, cooperativa para seguros agrícolas e de saúde, e previdência social para os acidentes de trabalho.

Sobre o capital das seguradoras, exigido pela legislação brasileira, a Resolução CNSP nº 23, de 17 de junho de 1992 trata:

Art. 1º O capital social de sociedade seguradora, autorizada a operar nos grupamentos de seguros dos ramos elementares, de vida e de planos de pecúlios e rendas de previdência privada aberta, em todas as regiões do País, não deverá ser inferior ao valor correspondente a 8.400.000 (oito milhões e quatrocentos mil) Unidades Fiscais de Referência – UFIR.

Parágrafo Único. O capital mínimo será constituído de uma parcela fixa correspondente à autorização para atuar em determinados grupamentos de seguros e de uma parcela variável para operar em cada uma das regiões do País.

Ainda, as seguradoras são obrigadas a constituir reservas técnicas, valores garantidores de suas operações de acordo com a Resolução CNSP nº 14, de 20 de dezembro de 1988. Estas reservas são representadas por bens que não podem ser alienados, pois pertencem à Susep. Segundo Figueiredo (1997), os tipos de reservas que as seguradoras devem constituir são:

- Reserva suplementar equivalente a 50% do capital social integralizado;
- Reservas matemáticas, para planos que proporcionam pecúlios e pensões; e,
- Reservas sobre sinistros a liquidar.

Figueiredo (1997), explica que as limitações impostas às seguradoras têm como finalidade garantir as responsabilidades assumidas, de modo a tornar o seguro uma atividade econômica rentável, mantendo assim a segurança e tranquilidade das pessoas que nele investiram quanto as suas estabilidades social e econômica.

#### 3.2.4.1.3 Segurado

A pessoa que contrata o seguro e/ou está exposto ao risco é o chamado segurado. Segundo Figueiredo (1997), pode-se definir como a pessoa que possui interesse econômico exposto a risco, podendo ser: o contratante, seus bens ou outro interesse econômico, e que procura segurá-lo contra possíveis concretizações desses riscos.

Segurado é a pessoas física ou jurídica economicamente interessada no bem exposto a risco e que transfere à seguradora, mediante pagamento de uma certa importância,

o risco de um determinado evento a atingir o bem de seu interesse. Segurado é a pessoa em nome de quem se faz o seguro. (FUNESSEG, 1990, pg. 40)

O segurado tem o direito de receber a indenização caso o sinistro (risco) se efetive. No entanto, não está livre de obrigações que, segundo Figueiredo (1997), são:

- a) Pagar o prêmio estipulado;
- b) Usar de boa-fé e fazer declarações verdadeiras, da efetivação do contrato;
- c) Enquanto vigorar o contrato, não agir de modo a agravar o risco;
- d) Comunicar à seguradora qualquer fato que possa agravar o risco; e,
- e) Comunicar o sinistro tão logo tenha conhecimento.

#### 3.2.4.1.4 Prêmio

Quando se fala em preço de um seguro ou valor das contribuições no caso desse estudo, não se pode deixar de enaltecer a importância do prêmio. A empresa de seguros deve calcular o quanto terá que dispende pelos gastos e despesas referentes à cobertura do risco. Para tanto, utilizará o prazo do seguro, a importância segurada e a exposição ao risco como parâmetros. Daí, tem-se que o preço pago pelo segurado se denomina prêmio.

Segundo Santos (1959, pg. 130, apud Figueiredo, 1997, pg. 25), “prêmio é a soma em dinheiro paga pelo segurado ao segurador para que este assuma a responsabilidade de um determinado risco”.

Para Mendes (1997, pg. 25):

Chamamos de prêmio estatístico a repartição pura do total dos prejuízos sofridos por alguns segurados pela totalidade dos segurados que participam do fundo ou carteira.

É, assim, o prêmio um elemento fundamental na formação do contrato de seguro, uma vez que traduz o preço ao qual o segurador concordará em indenizar o risco assumido. Segundo Ramalho (2002), a despesa média anual ou prêmio estatístico corresponde ao custo dos sinistros previstos no contrato e deve ser entendido como o valor necessário e suficiente para assegurar o pagamento indenizatório do plano.

Figueiredo (1997, pg. 25) enaltece que:

O prêmio, que é uma função do risco, é calculado segundo a periculosidade deste e é formado teoricamente de duas partes: uma é o prêmio puro (teórico ou estatístico) que é consequência de cálculos estatísticos, e a outra são os carregamentos em que são considerados os gastos administrativos e os lucros das empresas seguradoras. O prêmio puro mais o carregamento dão origem ao prêmio comercial.

O prêmio estatístico, portanto, não é de fato o cobrado pela empresa seguradora. Segundo Mendes (1977), a operadora deve ter um “fundo” numerário suficiente para cobrir, no presente, os prejuízos já observados no passado, apesar de não se ter certeza que os acontecimentos do passado se repetirão no futuro.

O risco, por ser uma variável aleatória medido em termos probabilísticos, não pode ser usado como base para constituição do “fundo”, pois a operadora de seguros estaria sujeita a não ter a quantia suficiente para cobertura dos sinistros ocorridos. Há sempre a possibilidade de o prêmio estatístico ser insuficiente (MENDES, 1997).

Faz-se necessário, portanto, que a seguradora se estabeleça em face da necessidade de pagamentos de sinistros que venham a ser superior ao prêmio estatístico. Daí, tem-se o conceito do “carregamento de segurança”, que nada mais é um “fundo” garantidor destinado a cobrir as flutuações aleatórias do prêmio estatístico.

A partir do prêmio estatístico e do carregamento de segurança, tem-se, então, o prêmio puro, representado por:  $\text{Prêmio Puro} = \text{Prêmio Estatístico} + \text{Carregamento de Segurança}$ .

Para obtenção dos prêmios puros poderemos escolher a forma de determinar o carregamento de segurança, que deve ser adicionado ao prêmio estatístico de acordo com uma das seguintes formas, denominadas princípios de cálculo dos prêmios puros:

- a) Princípio do valor esperado: para se encontrar os prêmios puros adiciona-se aos prêmios estatísticos da carteira um carregamento de segurança proporcional à média da distribuição (...). Assim, por exemplo, se adicionássemos à média de 1.500,00 um carregamento de segurança igual a 1/3 desta média, teríamos um prêmio puro global da carteira igual a 2.000,00.
- b) Princípio do desvio-padrão: os prêmios são encontrados adicionando-se aos prêmios estatísticos um carregamento de segurança proporcional ao desvio-padrão da distribuição do total de indenização.
- c) Princípio da variância: de forma análoga, por este princípio os prêmios puros resultam do acréscimo aos prêmios estatísticos de uma parcela proporcional à variância da distribuição do total de indenização.
- d) Princípio da utilidade zero: por este princípio admite-se uma “função utilidade”, consistente com o estabelecido pela teoria econômica: a utilidade é crescente e a utilidade marginal decrescente. Escolhida esta função o prêmio puro deve ser tal que a média da utilidade “Prêmio Puro – Sinistralidade” seja igual à utilidade zero. (MENDES, 1977, pg. 45-46)

Como foi comentado no conceito de risco, no caso da saúde, o desembolso pelo segurador é muito oscilante e de difícil medição. A formação de preços, portanto, pressupõe um conhecimento básico da população a ser coberta, só assim, com base em históricos de atendimento oferecidos à população, será possível estimar os preços futuros (RAMALHO, 2002).

Pôde-se perceber que quando se trata de precificação de planos de saúde, há a influência, além das políticas de preços, custos e o macroambiente, da incerteza e da volatilidade dos custos variáveis. Leis governamentais, tecnologia, epidemias, situações de estresse, fatores socioeconômicos, etc, podem contribuir para alterar os custos assistenciais das empresas. É importante, portanto, que os preços sejam bem definidos, uma vez que ajustes podem, nem sempre, resolver o problema, além de poder gerar incertezas dos beneficiários e desequilíbrio econômico-financeiro das operadoras.

Na precificação de planos de saúde, o método misto apresentado anteriormente, é o utilizado. Este, aliado às probabilidades estatísticas calculadas com base nos índices de sinistralidade e despesa média anual, torna-se uma importante ferramenta na estratégia de formação de preços dos planos de saúde.

Segundo Ramalho (2002), toda a teoria que avalia os fatores macro e microeconômicos, acompanhando suas oscilações e impactos na gestão de preços subsidia o método aplicado, sendo, portanto, indispensável o conhecimento dos critérios de precificação, aspectos mercadológicos, estrutura do mercado, tecnologia, ciclo de vida do produto e estratégias de formação de preços para o entendimento da formação estratégica do preço.

#### **4 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS**

Esta pesquisa preocupa-se em contribuir para a máxima eficiência da gestão do Programa e em responder à questão “Qual o impacto dos custos de utilização dos associados na tabela de contribuição do PAS-UFMS?”, portanto, objetiva **sugerir uma planilha de cálculo de mensalidades para formação da tabela de contribuições do PAS-UFMS que leve em consideração o método atuarial de precificação, baseado nos custos de utilização do Programa, comparando-o com a atual tabela de contribuições dos usuários por serviços de saúde e identificando discrepâncias levando em consideração o fundo de reserva.**

O método baseado nos custos de utilização do Programa, explanado no item 3.2.3.4 desta dissertação, foi escolhido por melhor se adequar às especificidades do PAS-

UFMS, tais como não visar lucro, ter a maior parte dos gastos administrativos subsidiados e, principalmente, o foco na demanda social, não fazendo sentido, portanto, utilizar métodos que foquem, por exemplo, na concorrência.

O Programa de Assistência à Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apesar de ser um plano privado de assistência à saúde, por ser voltado apenas aos servidores da UFMS, ser subsidiado pelo Governo e não visar lucro, desde que esteja cumprindo seu papel social, não se preocupa com a máxima eficiência da gestão, tendo aqui o conceito de gestão relacionado à combinação de recursos humanos, físicos e financeiros com a meta de produzir bens ou serviços, em que haja demanda, a preços acessíveis, sem, contudo, deixar de priorizar os ganhos econômicos (Drucker, 1968). Porém, este trabalho fundamenta-se na hipótese de que é possível otimizar a gestão dos custos e recursos, voltando os ganhos econômicos aos próprios beneficiários. Se for possível prever as oscilações das contribuições baseando-se no prêmio estatístico das alterações na demanda pelos serviços, poderemos maximizar os ganhos tanto do contribuinte quando do Programa.

Para que seja possível quantificar o prêmio estatístico das oscilações da demanda pelos serviços do PAS-UFMS e atingir o objetivo geral proposto, se fará necessário buscar os seguintes objetivos específicos:

- a) Levantar o histórico de gastos dos beneficiários e os custos administrativos do Programa de janeiro à dezembro de 2017;
- b) quantificar o prêmio estatístico das oscilações da demanda pelos serviços de janeiro à dezembro de 2017;
- c) precificar os serviços do PAS-UFMS segundo suas faixas etárias ao longo das suas mudanças na tabela de contribuições;
- d) calcular os valores do prêmio comercial destinado aos usuários do Plano de Saúde;
- e) sugerir ao Programa a utilização de uma planilha ajustada ao método de precificação dos Planos de Saúde na formação das contribuições;
- f) testar a planilha sugerida comparando com a tabela vigente na época.

Espera-se, através da conclusão dos objetivos específicos, que se confirmem as hipóteses de que a faixa etária influi diretamente nos custos do Programa; a orientação de decisões sobre a política de preços depende da demanda pelos serviços de saúde; é possível sugerir um instrumento para precificar os serviços de saúde PAS-UFMS segundo faixas etárias; e, que o prêmio estatístico utilizando o método sugerido influencia na gestão eficiente do Programa.

## **5 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

O método utilizado foi o já estudado no trabalho de Ramalho (2002). Aqui, pretende-se experimentar a metodologia de formação de preços para Planos de Saúde de Ramalho (2002) com as peculiaridades do Programa de Assistência à Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (PAS-UFMS).

Neste capítulo, portanto, será apresentado o método genérico e, posteriormente, no Capítulo 6, será estabelecido, através da introdução das particularidades do PAS-UFMS (cobertura, faixa etária, taxas, custos administrativos, etc), o preço sugerido.

### **5.1 Coberturas**

Para as coberturas, foi considerado os custos das despesas de assistência médica e hospitalar, compreendem tratamentos realizados em enfermaria e centro de terapia intensiva, internação hospitalar, e odontologia.

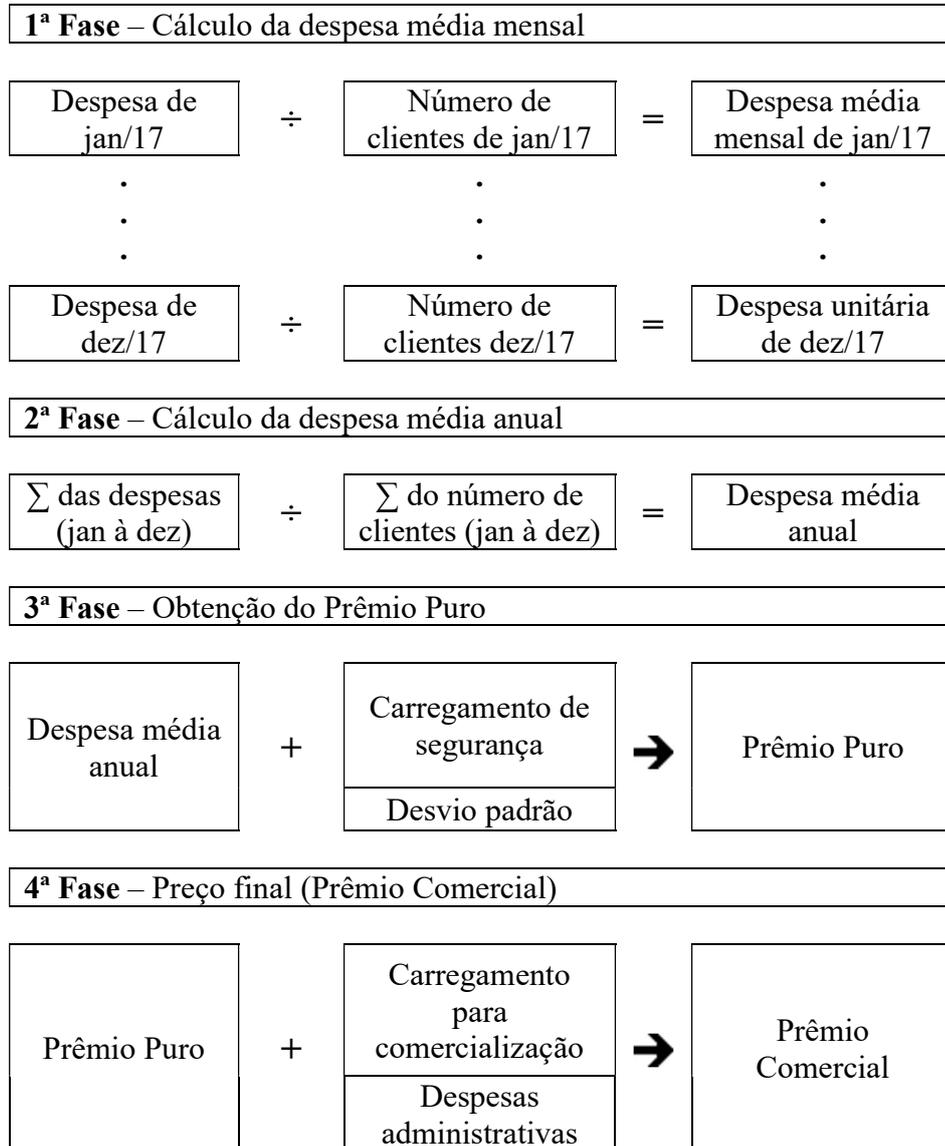
Todas as despesas foram calculadas líquidas (sem recuperações), e foram separadas segundo faixa-etária. Para cada segregação foram utilizadas as informações quanto: a) consultas – honorários em consultório e ambulatório dos prestadores de serviços; b) exames – despesas com realização de exames de apoio de diagnóstico; c) procedimentos cirúrgicos – internações e procedimentos cirúrgicos, incluindo enfermaria, pagamentos, medicamentos, materiais e honorários médicos; d) procedimentos ambulatoriais – procedimentos não-cirúrgicos e que não necessitam de internação (ex. endoscopia, hemoterapia, nefrologia, etc); e) procedimentos odontológicos; e, f) tratamentos especializados – fisioterapia, psicoterapias, etc. (Adaptado de RAMALHO, 2002, p. 62)

### **5.2 Bases Técnicas**

O método de cálculo para a construção das contribuições do plano de saúde baseou-se nas coberturas já descritas, que são as utilizadas pelo PAS-UFMS (Resoluções CD nº 102, de 15 de setembro de 2014, e nº 43, de 6 de março de 2017). Inclui-se, ainda, os critérios para tarifação (definidos a partir da experiência estatística do banco de dados do Programa) e os instrumentos estatísticos: média e desvio-padrão.

Ramalho (2002) utiliza o fluxograma a seguir (Figura 2) para ilustrar as fases do método.

Figura 2 - Fluxograma de cálculo por faixa etária



Fonte: Adaptado de RAMALHO (2002, p. 63)

Ramalho (2002) dividiu o método em duas etapas, na primeira é explanado a memória de cálculo de cada faixa etária em cada tipo de acomodação (enfermaria ou superior) e, na segunda, é apresentada uma planilha com os resultados encontrados.

Na etapa da memória de cálculo, este é realizado para cada faixa etária. Essa etapa é dividida outras quatro fases:

- 1) Primeira fase – Divide-se mensalmente, durante o ano, as despesas assistenciais dos beneficiários que utilizaram o plano pelo número total daqueles que utilizam o plano, dando origem, assim, à despesa média mensal que será utilizada para o cálculo da despesa média anual na segunda fase;
- 2) Segunda fase – Soma-se as despesas médias mensais dos doze meses dos beneficiários que utilizaram o plano e divide-se pelos doze meses do período considerado, resultando na despesa média anual. Esta segunda fase visa encontrar a média de custo do ano, ou seja, quanto, em valores brutos, os beneficiários custam para o Programa em se tratando de despesas assistenciais.
- 3) Terceira fase - À despesa média anual, visando prevenir futuras oscilações, adiciona-se um carregamento de segurança. Este é encontrado a partir do desvio padrão das médias mensais durante os doze meses. A despesa média anual acrescentado do carregamento de segurança gera o “prêmio puro”. Aqui a intenção é suprir os riscos assumidos pela seguradora, com o cálculo do desvio padrão será possível criar um fundo de reserva destinado a cobrir possíveis oscilações de pico nos custos assistenciais, de modo que a empresa não vá à falência caso haja, por exemplo, algum surto de vírus ou doenças novas;
- 4) Quarta fase – O prêmio puro ainda não é o pago pelo beneficiário. Para atender às despesas administrativas, as seguradoras adicionam, ainda, ao prêmio puro uma chamada taxa de carregamento. A operadora define um percentual baseado em seus relatórios contábeis e o acrescenta ao prêmio puro, dando, assim, origem ao “prêmio comercial”. À taxa de carregamento, quando se trata de um plano privado de saúde comum, é adicionado um percentual de lucro para, aí sim, obter-se o prêmio comercial que será o valor, de fato, a ser pago pelo contribuinte. Esta pesquisa, no entanto, estuda um Programa que não visa lucro, portanto, a taxa de carregamento abrangerá apenas as despesas administrativas.

Tem-se, portanto, que:

$$\text{Despesa média anual} = \frac{\text{Despesas Assistenciais do período analisado}}{\text{n}^{\circ} \text{ total de beneficiários de cada faixa etária}}$$

$$\text{Prêmio puro} = \text{despesa média anual} + \text{desvio-padrão (carregamento de segurança)}$$

$$\text{Prêmio comercial} = \frac{\text{prêmio puro}}{1 - \text{taxa de carregamento}}$$

É importante salientar que o PAS-UFMS é um Programa subsidiado pelo Governo e não tem muitas das despesas que um plano privado comum, por exemplo, os gastos com materiais, na sua maioria, são cobertos pela Universidade Federal, portanto, a taxa administrativa (quarta fase) abrangerá os gastos com a folha de pagamento dos terceirizados e os bolsistas e estagiários, e os materiais custeados pelo Programa.

Na segunda etapa, os cálculos anteriores poderão ser apresentados conforme tabela 7. A planilha é montada para cada faixa etária em cada tipo de acomodação, aplicados os quatro passos citados para a formatação do preço de cada mensalidade.

A tabela 7 abrange todos os conceitos abordados nos tópicos anteriores. As mensalidades encontradas em cada faixa etária serão transferidas e consolidadas nesta tabela, onde será aplicado o método com os dados reais e apresentado o preço final.

A tabela, posteriormente, deve ser formatada com o tipo de cobertura, benefícios incluídos, carências, abrangência e modalidade de contrato a ser comercializada pelo Programa de Assistência à Saúde – PAS-UFMS, observando-se os pontos relevantes da Lei nº 9.656/1998 (Anexo 1).

Os preços do Programa serão projetados tomando por base a experiência passada, utilizando-se, então, as despesas assistências de cada faixa etária que serão calculadas mês a mês durante 12 meses de 2017.

Tabela 6 – Preços por faixa etária

<b>Faixas Etárias</b>	<b>Contribuições</b>
0-18	R\$ xx,xx
19-23	R\$ xx,xx
24-28	R\$ xx,xx
29-33	R\$ xx,xx
34-38	R\$ xx,xx
39-43	R\$ xx,xx
44-48	R\$ xx,xx
49-53	R\$ xx,xx
54-58	R\$ xx,xx
59 ou +	R\$ xx,xx

Fonte: Adaptada de Ramalho (2002, p.70)

Tabela 7 – Planilha para Cálculo de Mensalidade por Faixa Etária

<b>Planilha de Cálculo de Mensalidades Comerciais</b>									
<b>Plano Assistencial PAS-UFMS</b>									
<b>Período: xx/xx a xx/xx</b>									
<b>Banco de dados: Sipas/UFMS</b>									
<b>Abrangência: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul</b>									
<b>Enfermaria</b>									
<b>Faixa Etária:</b>									
<b>Despesas Assistenciais</b>									
<b>Competência</b>	<b>Nº Associados</b>	<b>Consultas</b>	<b>Exames</b>	<b>Odonto</b>	<b>Ambulatorial</b>	<b>Cirúrgicos</b>	<b>Trat. Especial.</b>	<b>Total</b>	<b>Unitária</b>
jan/17	xxxxx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	x.xxx,xx	xx,xx
fev/17	xxxxx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	x.xxx,xx	xx,xx
mar/17	xxxxx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	x.xxx,xx	xx,xx
abr/17	xxxxx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	x.xxx,xx	xx,xx
mai/17	xxxxx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	x.xxx,xx	xx,xx
jun/17	xxxxx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	x.xxx,xx	xx,xx
jul/17	xxxxx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	x.xxx,xx	xx,xx
ago/17	xxxxx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	x.xxx,xx	xx,xx
set/17	xxxxx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	x.xxx,xx	xx,xx
out/17	xxxxx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	x.xxx,xx	xx,xx
nov/17	xxxxx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	x.xxx,xx	xx,xx
dez/17	xxxxx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	xxx,xx	x.xxx,xx	xx,xx
Total								x.xxx,xx	
Prêmio de Risco									xx,xx
Desvio Padrão									xx,xx
Prêmio Puro									xx,xx
Carregamento para Comercialização								xx,xx	xx,xx
Prêmio Comercial									x,xx

Fonte: Adaptado de RAMALHO (2002, p. 69)

É importante observar que o método proposto por Ramalho (2002) é genérico e possui algumas limitações, as quais, para a operadora chegar ao preço final, devem ser consideradas, são elas: concorrência; aspectos políticos-legais; consumidor; demanda; estrutura de mercado; fatores tecnológicos, entre outros.

Neste trabalho, o foco será o PAS-UFMS, portanto para que seja possível a sugestão de um método de análise de preços ao fim da pesquisa, alguns pontos limitadores do trabalho de Ramalho (2002) serão sanados.

### **5.3 Análise Estatística**

Depois de completa a planilha para cálculo de mensalidade por faixa etária e, em seguida, calculada a tabela de contribuições nos moldes da tabela trabalhada pelo Programa, será utilizado o Teste Qui-quadrado com 5% de significância para comparar os preços praticados pelo PAS e os encontrados no modelo sugerido pela pesquisa.

O procedimento serve para testar a homogeneidade de duas proporções através do teste  $\chi^2$  aproximada pela distribuição qui-quadrada. A hipótese nula afirma que, quando se comparam dois métodos de avaliação, não existem diferenças na proporção, no caso desta pesquisa, de valores das contribuições encontradas pelo método proposto e os já praticados pelo PAS-UFMS (LEVINE et al., p.443, 2000).

A hipótese nula, portanto, será de que as frequências das tabelas não diferem entre si, conforme segue:

H0: A frequência da tabela da pesquisa não difere da frequência da tabela do PAS

H1: A frequência da tabela da pesquisa difere da frequência da tabela do PAS

Sendo assim, se a hipótese nula for verdadeira, a estatística do teste deverá ser próxima de zero, enquanto se H0 for falsa e existirem diferenças reais nas frequências observadas, esperar-se-á que a estatística seja grande, uma vez que a discrepância entre as tabelas será aumentada quando elevadas as diferenças ao quadrado (LEVINE et al., p.443, 2000).

## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **6.1 Cálculo das Mensalidades por faixa etária**

O PAS-UFMS trabalha com duas tabelas de contribuição a dos beneficiários titulares, pensionistas e dependentes, e a dos beneficiários agregados. Os valores das mensalidades são diferentes para os agregados, portanto, fez-se necessário a confecção das planilhas de mensalidades por faixa etária dos titulares, pensionistas e dependentes, e dos agregados, conforme pode ser observado nas tabelas de n. 9 a 29.

O Programa, através do Sistema do Programa de Assistência à Saúde, forneceu as informações referentes aos custos mensais dos beneficiários no ano de 2017, a partir daí, tal como proposto, foi possível calcular o custo unitário e os prêmios de risco, puro e comercial. O risco foi calculado a partir do desvio padrão, que como pode-se observar, foi bastante elevado para algumas faixas etárias, tal fato deu-se, devido às discrepâncias de valores entre os meses, na maioria das vezes guiados pelas intenações.

Verifica-se, nas tabelas de n. 9 a 19, os custos de utilização do Programa pelos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas de janeiro a dezembro de 2017. A partir desses dados, fornecidos pela coordenação do PAS-UFMS, foi possível calcular os prêmios de risco e puro. O carregamento para comercialização ou taxa de administração foi calculado em forma de porcentagem, considerando a média dos custos fixos do Programa (Tabela 8) e os salários dos terceirizados somados a média dos gastos com materiais administrativos de janeiro a dezembro de 2017 em relação à receita total.

As planilhas para cálculos das mensalidades tiveram como base as guias utilizadas pelo PAS-UFMS. Foram explicitados os valores mensais de 2017, por guia, para em seguida calcular o total gasto por mês pelo Programa com as coberturas dos beneficiários. Tendo o total de gastos mensais e o número de beneficiários, foi possível chegar ao custo unitário médio mensal e, posteriormente, anual das coberturas, para que então fosse calculado o desvio padrão, que somado à despesa média anual deu origem ao prêmio puro. O prêmio puro, por sua vez, somado à taxa administrativa acarretou no prêmio comercial, visto por faixa etária nas tabelas a seguir.

Tabela 8 – Receitas e despesas do exercício de 2017 – PAS-UFMS

Mês/2017	Arrecadações			Pagamentos							Total Pagamentos	Arrecadação - Pgto
	Folha Pagamento	Outros (*)	Total Contribuições	Credenciados	Ressarcimento	Judicial	OPME (**)	Previdência Social	Desp. Adm. (***) Terc			
Janeiro	1.969.205,87	1.590,00	1.970.795,87	1.241.350,57	12.391,04	0,00	53.404,95	37.240,16	0,00	1.344.386,72	626.409,15	
Fevereiro	1.962.599,16	938,00	1.963.537,16	1.356.270,90	16.909,27	0,00	42.561,00	33.886,44	28.310,45	1.477.938,06	485.599,10	
Março	1.961.438,46	1.341,00	1.962.779,46	1.938.644,05	22.365,09	18.910,18	93.380,00	34.322,72	56.620,90	2.164.242,94	-201.463,48	
Abril	1.968.183,82	1.744,00	1.969.927,82	1.105.012,82	18.456,94	7.499,55	145.772,53	32.773,58	4.176,00	1.313.691,42	656.236,40	
Maiο	1.965.698,67	938,00	1.966.636,67	1.737.483,36	18.956,26	16.066,06	157.776,00	43.590,40	35.228,33	2.009.100,41	-42.463,74	
Junho	1.963.359,89	1.341,00	1.964.700,89	1.454.572,91	22.549,61	254,36	83.632,53	40.549,01	41.753,14	1.643.311,56	321.389,33	
Julho	1.967.260,90	0,00	1.967.260,90	1.918.521,83	33.413,92	1.269,84	35.720,00	46.129,17	43.125,69	2.078.180,45	-110.919,55	
Agosto	1.967.547,32	938,00	1.968.485,32	1.670.558,95	28.796,58	0,00	101.324,72	37.771,96	44.626,02	1.883.078,23	85.407,09	
Setembro	1.966.889,83	904,00	1.967.793,83	1.825.147,12	22.184,63	0,00	132.299,40	38.884,88	5.562,08	2.024.078,11	-56.284,28	
Outubro	1.975.925,18	1.612,00	1.977.537,18	1.672.086,00	20.554,43	0,00	28.414,78	38.855,62	85.854,54	1.845.765,37	131.771,81	
Novembro	1.980.418,74	186,44	1.980.605,18	1.578.693,33	17.125,38	0,00	80.812,06	37.284,48	45.041,55	1.758.956,80	221.648,38	
Dezembro	1.983.155,72	410,00	1.983.565,72	1.553.732,09	26.092,32	0,00	104.489,29	37.923,00	44.187,14	1.766.423,84	217.141,88	
Total	23.631.683,56	11.942,44	23.643.626,00	19.052.073,93	259.795,47	43.999,99	1.059.587,26	459.211,42	434.485,84	21.309.153,91	2.117.330,21	
(*) Estorno de despesa e/ou pagamento da mensalidade por meio de GRU												
(**) Órtese, prótese e material especial												
(***) Bolsistas, Terceirizados, material de consumo												

Dados fornecidos pelo PAS-UFMS em 5 de janeiro de 2018.

Tabela 9 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas – 0 a 18 anos

0-18										
Competência	Nº de associados	Consultas	Exames	Internação	Odontologia	Procedimento Ambulatorial	Pronto Socorro	Tratamento Especializado	TOTAL	TOTAL Unitário
jan/17	719	R\$10.058,33	R\$7.010,45	R\$8.416,16	R\$6.200,18	R\$44,00	R\$4.518,52	R\$7.267,00	R\$43.514,64	R\$60,52
fev/17	721	R\$8.980,26	R\$11.272,23	R\$9.722,96	R\$5.898,25	R\$89,66	R\$3.537,77	R\$7.363,00	R\$46.864,13	R\$65,00
mar/17	723	R\$10.418,04	R\$12.694,45	R\$29,51	R\$6.846,42	R\$0,00	R\$3.950,58	R\$17.202,00	R\$51.141,00	R\$70,73
abr/17	730	R\$11.941,86	R\$11.442,52	R\$13.408,39	R\$6.036,61	R\$131,00	R\$5.301,13	R\$6.319,15	R\$54.580,66	R\$74,77
mai/17	739	R\$15.427,33	R\$10.281,25	R\$6.285,07	R\$8.061,86	R\$0,00	R\$7.422,70	R\$8.250,40	R\$55.728,61	R\$75,41
jun/17	742	R\$10.141,95	R\$8.257,81	R\$897,98	R\$12.402,98	R\$0,00	R\$6.569,55	R\$8.586,00	R\$46.856,27	R\$63,15
jul/17	744	R\$19.450,72	R\$6.638,19	R\$3.120,35	R\$9.782,55	R\$0,00	R\$5.942,29	R\$10.732,00	R\$55.666,10	R\$74,82
ago/17	745	R\$10.158,19	R\$12.605,46	R\$5.212,78	R\$8.020,09	R\$0,00	R\$6.301,89	R\$10.104,00	R\$52.402,41	R\$70,34
set/17	750	R\$13.612,06	R\$19.701,10	R\$2.026,80	R\$15.024,43	R\$0,00	R\$6.655,30	R\$10.712,00	R\$67.731,69	R\$90,31
out/17	750	R\$15.685,92	R\$43.188,57	R\$17.451,95	R\$11.773,81	R\$2.431,72	R\$7.008,98	R\$11.573,00	R\$109.113,95	R\$145,49
nov/17	755	R\$13.435,20	R\$16.296,81	R\$2.507,85	R\$7.961,16	R\$51,45	R\$6.871,05	R\$10.311,00	R\$57.434,52	R\$76,07
dez/17	758	R\$12.886,49	R\$16.923,14	R\$6.881,20	R\$7.715,36	R\$361,08	R\$8.437,76	R\$9.928,00	R\$63.133,03	R\$83,29
<b>TOTAL</b>									R\$704.167,01	
<b>Despesa média anual</b>										R\$79,16
<b>Desvio Padrão</b>										22,47265237
<b>Prêmio Puro</b>										R\$101,63
<b>Carregamento para comercialização</b>										R\$7,12
<b>Prêmio Comercial</b>										R\$108,75

Valores fornecidos pelo PAS-UFMS através do SIPAS – Sistema do Programa de Assistência à Saúde, em março de 2018.

A Tabela 9 dispõe dos valores gastos pelos titulares e dependentes na faixa de 0 a 18 anos. Pôde-se notar que, com exceção dos meses de setembro e outubro, o custo unitário se manteve equilibrado sem grandes picos ou vales, daí a média unitária anual em R\$ 79,16. Ainda que baixo, o valor do desvio padrão (22,47) foi puxado pelas disparidades observadas nos meses de setembro (R\$ 90,31) e, principalmente, outubro (R\$ 145,49). Observa-se que, como o desvio padrão foi o método adotado para calcular o risco, diferenças elevadas entre os custos unitários mensais serão as responsáveis por um maior valor, uma vez que disparidades representam um risco mais acentuado para o Programa. No entanto, o prêmio comercial (após adição da taxa de administração) encontrado para essa faixa etária foi menor que o cobrado atualmente pelo PAS-UFMS (R\$ 164,00).

A Tabela 10 trata da faixa seguinte dos beneficiários titulares dependentes e pensionistas de 19 a 23 anos. Assim como a faixa anterior, as médias unitárias apresentam uma constância e, apesar de apresentar um custo maior não tem um risco tão mais elevado. O valor do desvio padrão, adicionado à despesa média anual de R\$ 93,56 foi de, aproximadamente, apenas 26,80, encabeçado pelas disparidades nos meses de janeiro, outubro e novembro. Nota-se que o valor do prêmio comercial, tal qual na tabela anterior está abaixo do cobrado pelo PAS-UFMS (R\$192,00).

As tabelas 9 e 10 mostram que, de forma geral, as duas primeiras faixas etárias, por terem suas contribuições cobradas acima dos valores que, de fato, custam ao Programa, sustentam ou subsidiam as faixas, observadas nas próximas tabelas, que têm custos maiores do que as mensalidades cobradas.

Tabela 10 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas – 19 a 23 anos

19-23										
Competência	Nº de associados	Consultas	Exames	Internação	Odontologia	Procedimento Ambulatorial	Pronto Socorro	Tratamento Especializado	TOTAL	TOTAL Unitário
jan/17	144	R\$1.954,16	R\$5.459,92	R\$8.396,37	R\$238,70	R\$1.804,59	R\$750,83	R\$710,00	R\$19.314,57	R\$134,13
fev/17	153	R\$3.437,30	R\$3.510,19	R\$0,00	R\$1.368,85	R\$0,00	R\$307,00	R\$854,00	R\$9.477,34	R\$61,94
mar/17	154	R\$2.976,50	R\$6.373,70	R\$1.465,87	R\$1.433,60	R\$347,89	R\$819,73	R\$952,00	R\$14.369,29	R\$93,31
abr/17	159	R\$1.979,85	R\$3.139,72	R\$0,00	R\$1.494,10	R\$650,53	R\$670,13	R\$1.609,00	R\$9.543,33	R\$60,02
mai/17	160	R\$3.558,22	R\$5.549,13	R\$0,00	R\$3.784,36	R\$268,96	R\$717,98	R\$756,00	R\$14.634,65	R\$91,47
jun/17	162	R\$3.113,01	R\$5.108,62	R\$0,00	R\$2.117,51	R\$0,00	R\$1.001,53	R\$2.817,00	R\$14.157,67	R\$87,39
jul/17	169	R\$4.564,98	R\$3.687,91	R\$0,00	R\$4.025,97	R\$274,69	R\$1.189,84	R\$440,00	R\$14.183,39	R\$83,93
ago/17	176	R\$2.403,70	R\$3.511,95	R\$514,26	R\$2.176,71	R\$175,15	R\$1.117,52	R\$1.372,00	R\$11.271,29	R\$64,04
set/17	181	R\$3.615,20	R\$6.784,00	R\$0,00	R\$2.862,87	R\$0,00	R\$1.029,67	R\$1.392,00	R\$15.683,74	R\$86,65
out/17	192	R\$3.028,21	R\$3.943,06	R\$17.646,25	R\$872,46	R\$203,48	R\$1.168,81	R\$378,00	R\$27.240,27	R\$141,88
nov/17	196	R\$3.647,93	R\$5.107,71	R\$8.596,41	R\$2.818,66	R\$0,00	R\$1.192,84	R\$2.276,00	R\$23.639,55	R\$120,61
dez/17	201	R\$3.206,48	R\$6.236,00	R\$4.599,88	R\$2.727,08	R\$1.010,42	R\$722,83	R\$1.064,00	R\$19.566,69	R\$97,35
<b>TOTAL</b>									R\$193.081,78	
<b>Despesa médial anual</b>										R\$93,56
<b>Desvio Padrão</b>										26,80777339
<b>Prêmio Puro</b>										R\$120,37
<b>Carregamento para comercialização</b>										R\$8,42
<b>Prêmio Comercial</b>										R\$128,79

Valores fornecidos pelo PAS-UFMS através do SIPAS – Sistema do Programa de Assistência à Saúde, em março de 2018.

Tabela 11 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas – 24 a 28 anos

24-28										
Competência	Nº de associados	Consultas	Exames	Internação	Odontologia	Procedimento Ambulatorial	Pronto Socorro	Tratamento Especializado	TOTAL	TOTAL Unitário
jan/17	128	R\$2.502,38	R\$3.528,88	R\$68.295,46	R\$731,50	R\$0,00	R\$876,64	R\$1.465,00	R\$77.399,86	R\$604,69
fev/17	130	R\$2.899,00	R\$5.260,87	R\$31.001,62	R\$994,35	R\$0,00	R\$697,84	R\$1.327,00	R\$42.180,68	R\$324,47
mar/17	130	R\$3.353,44	R\$6.342,49	R\$4.250,43	R\$767,20	R\$0,00	R\$684,83	R\$696,00	R\$16.094,39	R\$123,80
abr/17	145	R\$2.497,92	R\$4.951,34	R\$1.246,77	R\$196,70	R\$770,68	R\$572,04	R\$5.442,17	R\$15.677,62	R\$108,12
mai/17	146	R\$2.612,32	R\$5.491,63	R\$0,00	R\$859,51	R\$137,06	R\$1.020,00	R\$1.329,00	R\$11.449,52	R\$78,42
jun/17	143	R\$2.581,08	R\$4.096,16	R\$0,00	R\$2.060,90	R\$0,00	R\$525,23	R\$1.000,00	R\$10.263,37	R\$71,77
jul/17	143	R\$2.276,58	R\$5.013,97	R\$0,00	R\$1.281,86	R\$193,18	R\$385,45	R\$1.434,00	R\$10.585,04	R\$74,02
ago/17	144	R\$3.478,34	R\$4.531,54	R\$7.046,99	R\$775,52	R\$0,00	R\$1.012,17	R\$803,00	R\$17.647,56	R\$122,55
set/17	149	R\$4.002,14	R\$5.992,94	R\$6.139,72	R\$2.292,89	R\$588,49	R\$904,58	R\$1.556,00	R\$21.476,76	R\$144,14
out/17	146	R\$6.078,38	R\$6.464,15	R\$1.140,72	R\$1.935,10	R\$845,46	R\$1.127,19	R\$1.175,00	R\$18.766,00	R\$128,53
nov/17	149	R\$3.443,04	R\$6.446,61	R\$3.825,47	R\$1.151,81	R\$0,00	R\$1.298,14	R\$1.632,00	R\$17.797,07	R\$119,44
dez/17	149	R\$4.237,16	R\$4.137,90	R\$12.784,44	R\$1.842,97	R\$140,14	R\$1.353,94	R\$2.596,60	R\$27.093,15	R\$181,83
<b>TOTAL</b>									R\$286.431,02	
<b>Despesa médial anual</b>										R\$173,48
<b>Desvio Padrão</b>										151,7212089
<b>Prêmio Puro</b>										R\$325,20
<b>Carregamento para comercialização</b>										R\$15,61
<b>Prêmio Comercial</b>										R\$340,82

Valores fornecidos pelo PAS-UFMS através do SIPAS – Sistema do Programa de Assistência à Saúde, em março de 2018.

Na planilha para o cálculo das mensalidades dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas da faixa etária de 24 a 28 anos (Tabela 11), diferentemente das tabelas 9 e 10, houve disparidades significativas. O *gap*, por exemplo, entre o mês de janeiro (R\$ 604,69) e o mês de junho (R\$ 71,77) foi muito grande. A diferença deu-se devido ao gasto com internações o que, de fato, representa o maior risco quando se trata de planos de saúde. Observa-se que a despesa média anual (R\$ 173,48) aproxima-se ao valor adicionado do risco (151,72), ou seja, o elevado risco de manutenção desta faixa etária pelo Programa eleva o valor do custo unitário a quase o dobro (R\$ 325,20), considerando-se o Prêmio Puro. Ao fim, o Prêmio Comercial atinge R\$ 340,82, muito acima do preço atual de R\$ 198,00.

A Tabela 12, que trata da faixa etária de 29 a 33 anos, traz o menor risco calculado. Assim como as primeiras faixas analisadas, os custos unitários são consistentes, portanto não confere grande risco ao Programa. A média anual do custo unitário situou-se em R\$ 121,73 e, após o adicional do risco o Prêmio Puro ficou em R\$ 141,49, somado ao carregamento para comercialização, o valor final ou Prêmio Comercial está ainda bem abaixo da tabela do Programa.

Analisando em conjunto, por exemplo, as tabelas 11 e 12, fica claro que a faixa etária de 29 a 33 anos, tal qual as faixas anteriores a de 24 a 28 anos, é uma faixa superavitária para o PAS-UFMS. A faixa de 24 a 28 anos, explicitada pela Tabela 11, no entanto, é deficitária no que se trata ao risco de manutenção.

Observa-se que, se o risco não for acionado, ou seja, se apesar de cobrado, nunca acontecerem as situações previstas de riscos, todas as faixas até então analisadas (Tabelas 9 a 12) são superavitárias, pois os custos médios de uso do Programa pelos beneficiários estão abaixo do que lhes é cobrado. No entanto, qualquer Plano de Saúde ao se comprometer com os beneficiários, deve ter em seu plano de orçamento todos os riscos supridos, daí a importância do cálculo do desvio padrão como análise de risco no modelo adotado.

Tabela 12 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas – 29 a 33 anos

29-33										
Competência	Nº de associados	Consultas	Exames	Internação	Odontologia	Procedimento Ambulatorial	Pronto Socorro	Tratamento Especializado	TOTAL	TOTAL Unitário
jan/17	254	R\$5.361,57	R\$9.872,17	R\$14.497,32	R\$1.226,05	R\$0,00	R\$321,54	R\$2.543,00	R\$33.821,65	R\$133,16
fev/17	247	R\$5.133,30	R\$12.188,43	R\$601,98	R\$956,20	R\$0,00	R\$1.591,24	R\$1.962,00	R\$22.433,15	R\$90,82
mar/17	254	R\$5.905,13	R\$11.802,31	R\$11.264,86	R\$910,35	R\$3.175,68	R\$760,97	R\$2.532,00	R\$36.351,30	R\$143,12
abr/17	257	R\$5.830,77	R\$14.183,14	R\$0,00	R\$1.928,03	R\$525,00	R\$847,93	R\$1.912,00	R\$25.226,87	R\$98,16
mai/17	259	R\$6.755,20	R\$9.639,13	R\$10.682,86	R\$3.525,36	R\$1.274,95	R\$1.341,13	R\$4.048,00	R\$37.266,63	R\$143,89
jun/17	259	R\$4.980,94	R\$7.437,04	R\$12.002,52	R\$4.422,61	R\$0,00	R\$813,26	R\$4.588,00	R\$34.244,37	R\$132,22
jul/17	261	R\$5.602,46	R\$17.903,52	R\$8.204,88	R\$2.085,67	R\$0,00	R\$942,48	R\$4.011,00	R\$38.750,01	R\$148,47
ago/17	275	R\$5.959,35	R\$8.714,63	R\$4.391,20	R\$2.479,73	R\$211,97	R\$1.863,55	R\$3.660,00	R\$27.280,43	R\$99,20
set/17	277	R\$4.963,71	R\$8.869,80	R\$4.162,95	R\$2.439,41	R\$509,27	R\$1.010,49	R\$7.231,00	R\$29.186,63	R\$105,37
out/17	283	R\$6.338,49	R\$9.147,27	R\$5.148,97	R\$3.631,35	R\$240,78	R\$1.104,61	R\$6.741,60	R\$32.353,07	R\$114,32
nov/17	279	R\$5.751,23	R\$11.175,01	R\$7.137,06	R\$4.501,60	R\$1.048,56	R\$1.177,82	R\$5.085,00	R\$35.876,28	R\$128,59
dez/17	278	R\$5.639,30	R\$12.010,83	R\$6.120,14	R\$3.410,66	R\$0,00	R\$790,99	R\$6.344,00	R\$34.315,92	R\$123,44
<b>TOTAL</b>									R\$387.106,31	
<b>Despesa médial anual</b>										R\$121,73
<b>Desvio Padrão</b>										19,75918438
<b>Prêmio Puro</b>										R\$141,49
<b>Carregamento para comercialização</b>										R\$10,96
<b>Prêmio Comercial</b>										R\$152,44

Valores fornecidos pelo PAS-UFMS através do SIPAS – Sistema do Programa de Assistência à Saúde, em março de 2018.

Tabela 13 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas – 34 a 38 anos

34-38										
Competência	Nº de associados	Consultas	Exames	Internação	Odontologia	Procedimento Ambulatorial	Pronto Socorro	Tratamento Especializado	TOTAL	TOTAL Unitário
jan/17	272	R\$8.796,92	R\$16.812,86	R\$6.978,92	R\$3.897,95	R\$123,79	R\$2.020,98	R\$3.865,00	R\$42.496,42	R\$156,24
fev/17	282	R\$6.213,94	R\$13.819,53	R\$0,00	R\$2.874,90	R\$0,00	R\$953,58	R\$3.046,25	R\$26.908,20	R\$95,42
mar/17	284	R\$8.636,75	R\$17.168,12	R\$4.250,43	R\$2.909,20	R\$3.816,14	R\$899,30	R\$3.216,00	R\$40.895,94	R\$144,00
abr/17	292	R\$5.641,22	R\$13.204,13	R\$2.533,25	R\$1.553,70	R\$60,00	R\$856,19	R\$3.516,20	R\$27.364,69	R\$93,71
mai/17	296	R\$7.404,32	R\$13.904,52	R\$19.230,58	R\$3.254,52	R\$585,39	R\$667,63	R\$3.378,00	R\$48.424,96	R\$163,60
jun/17	301	R\$7.869,70	R\$21.167,81	R\$8.544,45	R\$8.796,56	R\$182,92	R\$1.414,20	R\$3.713,00	R\$51.688,64	R\$171,72
jul/17	304	R\$8.143,78	R\$16.442,07	R\$4.334,65	R\$3.608,23	R\$160,52	R\$1.048,97	R\$3.711,00	R\$37.449,22	R\$123,19
ago/17	300	R\$8.428,50	R\$21.899,51	R\$3.045,91	R\$4.556,36	R\$0,00	R\$1.591,88	R\$3.215,00	R\$42.737,16	R\$142,46
set/17	308	R\$9.407,84	R\$18.608,98	R\$11.063,13	R\$8.342,02	R\$463,99	R\$1.049,63	R\$3.746,00	R\$52.681,59	R\$171,04
out/17	320	R\$10.032,25	R\$15.183,70	R\$12.393,74	R\$6.225,98	R\$1.008,55	R\$1.027,31	R\$3.792,00	R\$49.663,53	R\$155,20
nov/17	326	R\$8.133,21	R\$19.646,93	R\$9.802,87	R\$2.466,79	R\$0,00	R\$994,60	R\$2.378,00	R\$43.422,40	R\$133,20
dez/17	325	R\$8.425,61	R\$19.263,78	R\$28.803,21	R\$2.322,67	R\$2.558,30	R\$1.916,21	R\$2.804,00	R\$66.093,78	R\$203,37
<b>TOTAL</b>									R\$529.826,53	
<b>Despesa médial anual</b>										R\$146,10
<b>Desvio Padrão</b>										31,72562894
<b>Prêmio Puro</b>										R\$177,82
<b>Carregamento para comercialização</b>										R\$13,15
<b>Prêmio Comercial</b>										R\$190,97

Valores fornecidos pelo PAS-UFMS através do SIPAS – Sistema do Programa de Assistência à Saúde, em março de 2018.

A Tabela 13 (34 a 38 anos) também não apresenta um risco elevado, observa-se que o mês de maior gasto foi de dezembro devido ao valor da internação, o que na maioria dos casos tem elevado o risco. A média do custo unitário, assim como as planilhas anteriores, ainda não é elevado (R\$ 146,10), e, somado ao baixo valor do desvio padrão (31,72) e do carregamento para comercialização (R\$ 13,15) encontra-se o Prêmio Comercial abaixo do tabelado atualmente (R\$ 220,00).

Pode-se observar nas tabelas 14, 15 e 16 seguintes que expõem os custos de uso do Programa pelos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas das faixas etárias de, respectivamente, 39 a 43 anos, 44 a 48 anos e 49 a 53 anos, que os valores dos riscos são semelhantes. Apesar de o custo variar entre as faixas, o risco permanece, aproximadamente, entre 51 e 57.

Na Tabela 14 a média do custo unitário mensal situou-se em R\$ 184,64 que somados ao desvio padrão (51,40) e ao carregamento de comercialização (R\$ 16,62) chegaram aos R\$ 252,67. Na Tabela 15 o Prêmio Comercial chegou a R\$ 342,09, tendo como valor de risco 57,43. Ambos os preços finais dessas faixas etárias ultrapassaram as mensalidades cobradas pelo Programa hoje: R\$ 238,00 e R\$ 300,00, respectivamente. Na planilha representada pela faixa de 49 a 53 anos (Tabela 16), porém, apesar de o risco ser de 53,24, próximo aos valores das tabelas anteriores e, menor que o da faixa de 39 a 43 anos, o Prêmio Comercial foi valorado em R\$ 280,73, menor que o praticado pelo PAS-UFMS (R\$ 350,00).

Ao se examinar as tabelas 14 a 16 mais minuciosamente, vê-se que os custos unitários também não destoaram tanto a ponto de os resultados, em relação às mensalidades cobradas pelo Programa atualmente. Todavia, olhando as tabelas apresentadas até então, percebe-se que, com o aumento da idade, os gastos com saúde tendem a aumentar, padrão esse que não se repetiu quando tratamos da tabela 16, resultando aí no preço final ter ficado abaixo, em comparação à Tabela atual do PAS-UFMS. Tal fato, pode ser justificado pela elevação brusca no número de beneficiários entre uma faixa etária e outra, se comparados os valores dos meses de janeiro de 2017 da tabela 15 e da tabela 16, o aumento foi de quase 2/3 o número de beneficiários, influenciando, assim, na média do custo unitário.

Tabela 14 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas – 39 a 43 anos

39-43										
Competência	Nº de associados	Consultas	Exames	Internação	Odontologia	Procedimento Ambulatorial	Pronto Socorro	Tratamento Especializado	TOTAL	TOTAL Unitário
jan/17	278	R\$7.390,49	R\$19.980,23	R\$53.395,91	R\$2.696,75	R\$415,13	R\$819,06	R\$2.810,00	R\$87.507,57	R\$314,78
fev/17	280	R\$7.177,24	R\$17.496,03	R\$8.483,14	R\$3.008,95	R\$1.201,01	R\$778,60	R\$4.981,75	R\$43.126,72	R\$154,02
mar/17	280	R\$7.762,74	R\$11.719,25	R\$20.489,07	R\$2.572,50	R\$420,00	R\$868,05	R\$10.739,45	R\$54.571,06	R\$194,90
abr/17	274	R\$6.002,84	R\$15.994,78	R\$10.101,00	R\$2.605,98	R\$60,00	R\$764,43	R\$3.197,00	R\$38.726,03	R\$141,34
mai/17	274	R\$9.929,46	R\$17.879,25	R\$14.283,56	R\$4.760,60	R\$0,00	R\$966,94	R\$5.997,00	R\$53.816,81	R\$196,41
jun/17	273	R\$7.850,70	R\$10.550,87	R\$7.981,32	R\$4.763,01	R\$0,00	R\$1.065,53	R\$8.476,00	R\$40.687,43	R\$149,04
jul/17	277	R\$7.265,60	R\$13.166,47	R\$8.665,66	R\$4.441,48	R\$0,00	R\$1.445,72	R\$5.699,00	R\$40.683,93	R\$146,87
ago/17	282	R\$8.288,70	R\$14.978,14	R\$20.987,90	R\$3.044,36	R\$0,00	R\$538,83	R\$6.928,00	R\$54.765,93	R\$194,21
set/17	282	R\$9.076,45	R\$15.888,50	R\$4.370,03	R\$5.202,93	R\$320,25	R\$879,77	R\$7.876,00	R\$43.613,93	R\$154,66
out/17	283	R\$9.241,02	R\$18.853,48	R\$23.891,95	R\$8.549,03	R\$0,00	R\$1.449,00	R\$7.580,50	R\$69.564,98	R\$245,81
nov/17	283	R\$7.371,07	R\$18.209,05	R\$12.116,08	R\$4.959,66	R\$109,67	R\$671,99	R\$7.319,68	R\$50.757,20	R\$179,35
dez/17	290	R\$6.704,86	R\$19.164,58	R\$2.395,97	R\$4.754,67	R\$0,00	R\$2.212,83	R\$6.626,00	R\$41.858,91	R\$144,34
<b>TOTAL</b>									R\$619.680,50	
<b>Despesa médial anual</b>										R\$184,64
<b>Desvio Padrão</b>										51,40725951
<b>Prêmio Puro</b>										R\$236,05
<b>Carregamento para comercialização</b>										R\$16,62
<b>Prêmio Comercial</b>										R\$252,67

Valores fornecidos pelo PAS-UFMS através do SIPAS – Sistema do Programa de Assistência à Saúde, em março de 2018.

Tabela 15 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas – 44 a 48 anos

44-48										
Competência	Nº de associados	Consultas	Exames	Internação	Odontologia	Procedimento Ambulatorial	Pronto Socorro	Tratamento Especializado	TOTAL	TOTAL Unitário
jan/17	294	R\$7.994,80	R\$20.973,97	R\$13.170,37	R\$3.323,95	R\$31.356,56	R\$1.676,12	R\$1.755,00	R\$80.250,77	R\$272,96
fev/17	297	R\$6.366,46	R\$22.418,33	R\$15.508,88	R\$3.002,30	R\$40.994,97	R\$1.521,84	R\$1.714,00	R\$91.526,78	R\$308,17
mar/17	303	R\$8.499,59	R\$24.870,70	R\$24.240,28	R\$1.959,65	R\$18.110,27	R\$883,26	R\$2.485,00	R\$81.048,75	R\$267,49
abr/17	310	R\$8.011,72	R\$29.384,39	R\$28.635,64	R\$4.961,94	R\$18.715,29	R\$1.408,31	R\$1.776,00	R\$92.893,29	R\$299,66
mai/17	309	R\$10.708,00	R\$32.869,28	R\$17.513,18	R\$6.756,20	R\$28.507,54	R\$2.101,59	R\$2.575,00	R\$101.030,79	R\$326,96
jun/17	317	R\$6.943,36	R\$21.159,05	R\$8.174,75	R\$5.500,41	R\$22.454,92	R\$1.792,39	R\$3.433,00	R\$69.457,88	R\$219,11
jul/17	318	R\$9.218,01	R\$19.038,79	R\$7.703,23	R\$6.846,11	R\$20.343,87	R\$1.383,63	R\$4.444,00	R\$68.977,64	R\$216,91
ago/17	320	R\$8.120,29	R\$16.313,85	R\$47.803,75	R\$6.438,14	R\$19.718,82	R\$1.356,62	R\$4.136,00	R\$103.887,47	R\$324,65
set/17	319	R\$8.773,79	R\$24.840,57	R\$21.614,35	R\$4.222,62	R\$30.756,97	R\$1.019,01	R\$4.329,00	R\$95.556,31	R\$299,55
out/17	320	R\$9.091,38	R\$25.856,10	R\$8.628,29	R\$8.584,36	R\$29.331,07	R\$2.293,35	R\$2.207,00	R\$85.991,55	R\$268,72
nov/17	319	R\$10.142,87	R\$24.693,12	R\$666,55	R\$8.619,14	R\$5.340,05	R\$2.444,57	R\$4.205,52	R\$56.111,82	R\$175,90
dez/17	321	R\$6.380,58	R\$14.497,86	R\$12.055,24	R\$5.710,20	R\$5.895,12	R\$1.924,77	R\$2.906,68	R\$49.370,45	R\$153,80
<b>TOTAL</b>									R\$976.103,50	
<b>Despesa médial anual</b>										R\$261,16
<b>Desvio Padrão</b>										57,43301227
<b>Prêmio Puro</b>										R\$318,59
<b>Carregamento para comercialização</b>										R\$23,50
<b>Prêmio Comercial</b>										R\$342,09

Valores fornecidos pelo PAS-UFMS através do SIPAS – Sistema do Programa de Assistência à Saúde, em março de 2018.

Tabela 16 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas – 49 a 53 anos

49-53										
Competência	Nº de associados	Consultas	Exames	Internação	Odontologia	Procedimento Ambulatorial	Pronto Socorro	Tratamento Especializado	TOTAL	TOTAL Unitário
jan/17	471	R\$11.370,27	R\$32.398,82	R\$1.593,19	R\$5.297,25	R\$5.151,44	R\$1.780,49	R\$2.648,00	R\$60.239,46	R\$127,90
fev/17	469	R\$10.654,70	R\$27.468,96	R\$14.398,26	R\$6.577,55	R\$5.487,90	R\$1.699,14	R\$4.402,00	R\$70.688,51	R\$150,72
mar/17	460	R\$12.232,74	R\$35.313,32	R\$13.616,28	R\$8.833,15	R\$3.970,64	R\$1.088,17	R\$2.794,00	R\$77.848,30	R\$169,24
abr/17	457	R\$10.853,04	R\$28.236,32	R\$27.375,00	R\$12.340,40	R\$5.040,70	R\$2.035,94	R\$2.099,00	R\$87.980,40	R\$192,52
mai/17	460	R\$15.964,74	R\$46.664,48	R\$47.210,45	R\$7.779,25	R\$15.716,03	R\$829,36	R\$3.608,00	R\$137.772,31	R\$299,51
jun/17	448	R\$10.770,76	R\$35.946,28	R\$39.950,64	R\$11.187,69	R\$9.264,16	R\$1.458,57	R\$3.770,00	R\$112.348,10	R\$250,78
jul/17	446	R\$14.597,96	R\$58.278,12	R\$24.335,73	R\$9.088,48	R\$16.178,52	R\$2.732,09	R\$4.415,00	R\$129.625,90	R\$290,64
ago/17	441	R\$12.542,89	R\$28.879,85	R\$14.775,20	R\$6.378,24	R\$10.625,62	R\$2.015,27	R\$2.917,50	R\$78.134,57	R\$177,18
set/17	439	R\$14.412,23	R\$32.639,41	R\$12.889,31	R\$14.010,40	R\$5.176,43	R\$954,70	R\$3.352,00	R\$83.434,48	R\$190,06
out/17	431	R\$14.453,17	R\$29.447,75	R\$23.807,33	R\$11.440,77	R\$7.661,97	R\$1.514,95	R\$3.333,25	R\$91.659,19	R\$212,67
nov/17	429	R\$12.145,30	R\$45.156,71	R\$29.728,37	R\$7.918,73	R\$5.692,22	R\$1.393,07	R\$2.895,56	R\$104.929,96	R\$244,59
dez/17	426	R\$10.506,09	R\$37.368,20	R\$7.695,83	R\$14.724,52	R\$8.133,70	R\$2.145,27	R\$4.015,04	R\$84.588,65	R\$198,56
<b>TOTAL</b>									R\$1.119.249,83	
<b>Despesa médial anual</b>										R\$208,70
<b>Desvio Padrão</b>										53,2475893
<b>Prêmio Puro</b>										R\$261,94
<b>Carregamento para comercialização</b>										R\$18,78
<b>Prêmio Comercial</b>										R\$280,73

Valores fornecidos pelo PAS-UFMS através do SIPAS – Sistema do Programa de Assistência à Saúde, em março de 2018.

Tabela 17 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas – 54 a 58 anos

54-58										
Competência	Nº de associados	Consultas	Exames	Internação	Odontologia	Procedimento Ambulatorial	Pronto Socorro	Tratamento Especializado	TOTAL	TOTAL Unitário
jan/17	530	R\$14.855,28	R\$33.531,13	R\$32.354,33	R\$7.248,50	R\$14.605,13	R\$2.036,42	R\$5.922,40	R\$110.553,19	R\$208,59
fev/17	531	R\$15.133,64	R\$38.717,85	R\$4.471,82	R\$2.979,90	R\$912,56	R\$1.437,90	R\$4.658,00	R\$68.311,67	R\$128,65
mar/17	536	R\$15.670,80	R\$35.122,21	R\$15.371,05	R\$6.743,80	R\$24.848,84	R\$1.502,15	R\$5.287,68	R\$104.546,53	R\$195,05
abr/17	536	R\$12.204,21	R\$40.460,14	R\$5.651,06	R\$13.537,73	R\$19.350,84	R\$2.066,27	R\$3.005,20	R\$96.275,45	R\$179,62
mai/17	533	R\$21.432,48	R\$48.334,92	R\$25.369,88	R\$7.362,26	R\$17.510,63	R\$2.049,82	R\$5.202,00	R\$127.261,99	R\$238,77
jun/17	537	R\$13.330,71	R\$37.612,05	R\$11.424,58	R\$10.300,06	R\$441,87	R\$2.084,80	R\$6.412,00	R\$81.606,07	R\$151,97
jul/17	538	R\$20.195,48	R\$55.205,13	R\$74.409,86	R\$12.876,00	R\$4.161,46	R\$2.795,49	R\$4.589,50	R\$174.232,92	R\$323,85
ago/17	544	R\$16.391,76	R\$33.885,92	R\$73.089,63	R\$12.623,63	R\$18.950,83	R\$1.251,92	R\$4.003,00	R\$160.196,69	R\$294,48
set/17	548	R\$17.637,49	R\$169.172,19	R\$5.159,65	R\$18.150,51	R\$11.173,10	R\$1.701,50	R\$4.632,00	R\$227.626,44	R\$415,38
out/17	560	R\$19.790,80	R\$51.080,34	R\$24.372,22	R\$21.453,70	R\$5.007,86	R\$2.355,32	R\$5.187,00	R\$129.247,24	R\$230,80
nov/17	561	R\$16.690,34	R\$38.170,45	R\$21.772,21	R\$15.170,91	R\$14.319,88	R\$1.644,37	R\$6.255,72	R\$114.023,88	R\$203,25
dez/17	563	R\$15.303,63	R\$48.406,30	R\$25.670,56	R\$19.241,44	R\$529,74	R\$2.815,27	R\$7.430,00	R\$119.396,94	R\$212,07
<b>TOTAL</b>									R\$1.513.279,01	
<b>Despesa médial anual</b>										R\$231,87
<b>Desvio Padrão</b>										79,19054237
<b>Prêmio Puro</b>										R\$311,06
<b>Carregamento para comercialização</b>										R\$20,87
<b>Prêmio Comercial</b>										R\$331,93

Valores fornecidos pelo PAS-UFMS através do SIPAS – Sistema do Programa de Assistência à Saúde, em março de 2018.

Os custos referentes aos beneficiários das faixas mais altas, 54 a 58 anos e mais de 59 anos, tendem a ser mais elevados que as outras faixas. A Tabela 17 (54 a 58 anos) apresenta um custo unitário mensal elevado (R\$ 231,87), o risco calculado é de 79,19, tal valor, relativamente alto, deu-se em função, principalmente, dos meses de julho e setembro. Diferentemente das outras tabelas que tiveram os valores dos respectivos desvios padrões foram puxados pelas internações, a tabela 17 mostra que os custos mais altos são de exames. O Prêmio comercial do modelo desta faixa, se comparado ao prêmio atual (R\$ 400,00), ainda ficou mais barato.

Enquanto as faixas anteriores trabalham com 4 anos, a última faixa (Tabela 18) trata tantos quantos forem os beneficiários a partir de 59 anos. Observa-se na tabela em questão que em relação à faixa anterior tem o número de beneficiários dobrado e segue aumentando mês a mês. Os custos são os mais altos do Programa ao tratar-se dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas, vê-se que o custo unitário mensal foi de R\$ 476,64, porém o risco foi menor que o da tabela anterior. Os custos dos exames e das internações, apesar de elevados, se mantêm altos todos os meses sem grandes surpresas, o que manteve em nível razoável o valor do risco (72,41). Ao fim, o Prêmio Comercial (R\$ 591,96) calculado é mais alto que o preço cobrado pelo Programa.

Ao contrário do que se espera comumente, após análises dos custos dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas de todas as tabelas, nem todas as faixas de idades mais elevadas oneram os planos de saúde. Neste caso analisado, do Programa de Assistência à Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, as faixas de 49 a 53 e 54 a 58 anos, por exemplo, estão superavitárias em relação ao custo e risco que os beneficiários geram e o que lhes é cobrado.

Conforme analisado na Tabela 18, na última faixa, quando considerados apenas os custos de uso do Programa e a taxa administrativa, o déficit é mínimo. É, portanto, razoável afirmar que os custos de uso do Programa dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas e os preços cobrados são suficientes para gerir-se a si mesmos, sem necessidade de grandes compensações entre faixas.

Tabela 18 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas – 59 anos ou +

59 ou +										
Competência	Nº de associados	Consultas	Exames	Internação	Odontologia	Procedimento Ambulatorial	Pronto Socorro	Tratamento Especializado	TOTAL	TOTAL Unitário
jan/17	1171	R\$44.093,69	R\$143.212,52	R\$210.375,83	R\$17.928,05	R\$66.844,58	R\$6.014,67	R\$8.858,40	R\$497.327,74	R\$424,70
fev/17	1178	R\$35.427,68	R\$121.666,91	R\$119.729,90	R\$21.984,55	R\$50.727,92	R\$7.517,43	R\$8.612,95	R\$365.667,34	R\$310,41
mar/17	1191	R\$40.870,08	R\$202.523,90	R\$129.553,18	R\$14.723,45	R\$84.144,10	R\$7.121,42	R\$13.297,86	R\$492.233,99	R\$413,29
abr/17	1205	R\$41.323,64	R\$145.921,57	R\$290.207,29	R\$18.617,73	R\$63.386,55	R\$8.734,03	R\$10.527,73	R\$578.718,54	R\$480,26
mai/17	1215	R\$56.627,20	R\$209.051,78	R\$280.771,92	R\$16.436,31	R\$111.955,32	R\$7.781,17	R\$11.868,78	R\$694.492,48	R\$571,60
jun/17	1227	R\$42.112,51	R\$131.613,23	R\$237.950,73	R\$23.856,85	R\$82.336,36	R\$114.080,14	R\$12.569,45	R\$644.519,27	R\$525,28
jul/17	1238	R\$47.241,45	R\$295.552,42	R\$178.154,45	R\$27.475,80	R\$94.325,39	R\$9.066,35	R\$13.411,50	R\$665.227,36	R\$537,34
ago/17	1249	R\$46.475,93	R\$138.727,62	R\$199.422,90	R\$25.997,47	R\$99.137,48	R\$11.057,81	R\$11.163,00	R\$531.982,21	R\$425,93
set/17	1256	R\$46.413,36	R\$190.271,36	R\$275.268,94	R\$25.756,97	R\$57.688,59	R\$6.735,28	R\$21.968,95	R\$624.103,45	R\$496,90
out/17	1261	R\$48.923,03	R\$147.701,04	R\$359.531,54	R\$31.167,53	R\$55.209,74	R\$7.832,08	R\$19.868,05	R\$670.233,01	R\$531,51
nov/17	1274	R\$40.728,50	R\$169.599,85	R\$265.596,55	R\$20.573,64	R\$82.098,41	R\$11.768,35	R\$18.871,45	R\$609.236,75	R\$478,21
dez/17	1280	R\$40.962,85	R\$213.559,94	R\$285.513,86	R\$24.238,29	R\$81.473,07	R\$9.684,63	R\$15.629,73	R\$671.062,37	R\$524,27
<b>TOTAL</b>									R\$7.044.804,51	
<b>Despesa médial anual</b>										R\$476,64
<b>Desvio Padrão</b>										72,41649713
<b>Prêmio Puro</b>										R\$549,06
<b>Carregamento para comercialização</b>										R\$42,90
<b>Prêmio Comercial</b>										R\$591,96

Valores fornecidos pelo PAS-UFMS através do SIPAS – Sistema do Programa de Assistência à Saúde, em março de 2018.

Nas tabelas anteriores (9 a 18) foi analisada a formação dos prêmios comerciais por faixa etária dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas, esses beneficiários são a maioria dos contribuintes. Nas planilhas seguintes serão observados e discutidos os resultados da precificação dos beneficiários agregados que representam uma parcela bem menor do PAS, sendo assim, é de se esperar que os custos calculados serão maiores e que os prêmios encontrados não sejam tão equilibrados quanto das análises anteriores.

A Tabela 19 trata dos agregados da faixa etária de 0 a 18 anos. O número expressivamente menor de beneficiários leva a um despesa média anual (R\$ 93,25) maior quando comparado aos titulares de dependentes da mesma faixa (Tabela 9), no entanto, o risco (21,62) foi muito semelhante, uma vez que essa faixa de idade seja de dependentes ou agregados não se diferencia muito quanto aos custos, no caso daqueles são os filhos e destes os enteados ou netos. O prêmio comercial foi de R\$ 123,27, maior que o calculado na tabela 9, pela despesa média anual e carregamento para comercialização, que varia junto com o custo, maiores. O valor cobrado hoje pelo Programa é de R\$ 130,00, portanto ainda que maior que o preço dos dependentes, esta é uma faixa superavitária.

A faixa seguinte (19 a 23 anos) explicitada pela Tabela 20, tem tanto seus custos como seu desvio padrão significativamente maiores que a planilha anterior e a apresentada pela Tabela 10. A despesa média anual foi calculado em R\$ 127,13 e o desvio padrão em 121,22. O alto risco deu-se pelos valores de julho e agosto puxados pelos custos com internação que resultou, também, nos altos valores unitários. Ao fim, o prêmio comercial (R\$ 239,80) foi bem elevado em relação ao que é cobrado pelo Programa (R\$ 165,00). Observa-se, todavia, que os custos efetivos dessa faixa etária estão abaixo do que lhe é cobrado, a despesa média anual e o carregamento comercial somados estão aquém dos R\$ 165,00 pagos.

Ao contrário da primeira faixa dos agregados, o prêmio comercial praticado pelo Programa para os beneficiários de 19 a 23 anos representa um risco, dado o carregamento de segurança cobrado ser muito baixo. O fato de os custos serem supridos pelos preços sem, no entanto, a adição do carregamento de segurança, significa que o Programa poderá manter-se em superávit ou equilíbrio desde que as oscilações de picos não sejam frequentes.

Tabela 19 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários agregados – 0 a 18 anos

Faixa Etária: 0-18										
Competência	Nº de agregados	Consultas	Exames	Internação	Odontologia	Procedimento Ambulatorial	Pronto Socorro	Tratamento Especializado	TOTAL	TOTAL Unitário
jan/17	171	R\$ 3.582,98	R\$ 3.371,94	R\$ 7.637,08	R\$ 1.054,90	R\$ 0,00	R\$ 2.500,09	R\$ 4.847,00	R\$22.993,99	R\$134,47
fev/17	174	R\$ 2.992,98	R\$ 2.650,24	R\$ 0,00	R\$ 1.541,05	R\$ 0,00	R\$ 2.043,43	R\$ 3.284,00	R\$12.511,70	R\$71,91
mar/17	174	R\$ 3.835,12	R\$ 2.898,61	R\$ 523,31	R\$ 526,05	R\$ 0,00	R\$ 959,71	R\$ 2.500,00	R\$11.242,80	R\$64,61
abr/17	180	R\$ 3.160,40	R\$ 3.922,46	R\$ 3.784,95	R\$ 1.379,51	R\$ 44,00	R\$ 2.788,52	R\$ 1.681,00	R\$16.760,84	R\$93,12
mai/17	184	R\$ 4.300,74	R\$ 4.587,81	R\$ 3.829,42	R\$ 1.812,63	R\$ 0,00	R\$ 3.383,01	R\$ 2.786,00	R\$20.699,61	R\$112,50
jun/17	188	R\$ 2.721,58	R\$ 4.080,13	R\$ 1.113,19	R\$ 983,46	R\$ 0,00	R\$ 2.615,85	R\$ 4.998,00	R\$16.512,21	R\$87,83
jul/17	188	R\$ 5.494,45	R\$ 2.508,32	R\$ 584,70	R\$ 1.358,27	R\$ 0,00	R\$ 2.761,46	R\$ 4.311,00	R\$17.018,20	R\$90,52
ago/17	193	R\$ 4.692,32	R\$ 1.983,13	R\$ 11.214,11	R\$ 1.687,93	R\$ 0,00	R\$ 1.858,04	R\$ 3.320,00	R\$24.755,53	R\$128,27
set/17	197	R\$ 4.542,01	R\$ 4.254,45	R\$ 0,00	R\$ 2.195,95	R\$ 0,00	R\$ 1.328,29	R\$ 2.694,00	R\$15.014,70	R\$76,22
out/17	201	R\$ 4.251,89	R\$ 3.142,82	R\$ 0,00	R\$ 3.334,25	R\$ 582,12	R\$ 2.345,49	R\$ 3.123,00	R\$16.779,57	R\$83,48
nov/17	205	R\$ 3.544,98	R\$ 4.529,09	R\$ 3.230,12	R\$ 1.853,33	R\$ 0,00	R\$ 2.646,96	R\$ 3.658,00	R\$19.462,48	R\$94,94
dez/17	209	R\$ 3.601,58	R\$ 4.831,81	R\$ 2.474,50	R\$ 1.166,61	R\$ 0,00	R\$ 2.224,08	R\$ 2.660,00	R\$16.958,58	R\$81,14
<b>TOTAL</b>									R\$210.710,21	
<b>Despesa médial anual</b>										R\$93,25
<b>Desvio Padrão</b>										21,62286021
<b>Prêmio Puro</b>										R\$114,87
<b>Carregamento para comercialização</b>										R\$8,39
<b>Prêmio Comercial</b>										R\$123,27

Valores fornecidos pelo PAS-UFMS através do SIPAS – Sistema do Programa de Assistência à Saúde, em março de 2018.

Tabela 20 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários agregados – 19 a 23 anos

Faixa Etária: 19-23										
Competência	Nº de agregados	Consultas	Exames	Internação	Odontologia	Procedimento Ambulatorial	Pronto Socorro	Tratamento Especializado	TOTAL	TOTAL Unitário
jan/17	242	R\$ 2.986,08	R\$ 2.268,00	R\$ ,00	R\$ 1.491,00	R\$ 0,00	R\$ 390,92	R\$ 2.865,00	R\$10.001,00	R\$41,33
fev/17	232	R\$ 2.717,50	R\$ 4.175,57	R\$ 3.099,59	R\$ 646,80	R\$ 2.839,76	R\$ 1.205,46	R\$ 1.354,50	R\$16.039,18	R\$69,13
mar/17	229	R\$ 3.478,28	R\$ 3.946,98	R\$ 0,00	R\$ 747,95	R\$ 571,00	R\$ 781,61	R\$ 2.441,00	R\$11.966,82	R\$52,26
abr/17	224	R\$ 3.089,28	R\$ 6.313,15	R\$ 0,00	R\$ 1.345,40	R\$ 0,00	R\$ 258,98	R\$ 1.889,00	R\$12.895,81	R\$57,57
mai/17	222	R\$ 3.371,64	R\$ 7.632,93	R\$ 7.916,62	R\$ 839,90	R\$ 0,00	R\$ 852,44	R\$ 3.361,00	R\$23.974,53	R\$107,99
jun/17	219	R\$ 2.851,92	R\$ 3.467,49	R\$ 6.675,00	R\$ 983,46	R\$ 64,24	R\$ 1.927,16	R\$ 2.247,00	R\$18.216,27	R\$83,18
jul/17	213	R\$ 3.620,45	R\$ 9.039,29	R\$ 63.782,88	R\$ 2.245,89	R\$ 0,00	R\$ 1.033,28	R\$ 2.294,00	R\$82.015,79	R\$385,05
ago/17	210	R\$ 4.828,24	R\$ 4.427,00	R\$ 38.561,21	R\$ 2.610,90	R\$ 377,74	R\$ 1.420,95	R\$ 3.454,00	R\$55.680,04	R\$265,14
set/17	204	R\$ 4.383,48	R\$ 6.527,70	R\$ 4.742,19	R\$ 6.041,91	R\$ 192,07	R\$ 560,50	R\$ 3.332,00	R\$25.779,85	R\$126,37
out/17	198	R\$ 4.367,69	R\$ 8.053,20	R\$ 12.934,91	R\$ 1.810,59	R\$ 0,00	R\$ 555,84	R\$ 3.064,00	R\$30.786,23	R\$155,49
nov/17	194	R\$ 3.072,00	R\$ 5.621,69	R\$ 1.333,12	R\$ 527,25	R\$ 241,13	R\$ 1.051,69	R\$ 3.554,00	R\$15.400,88	R\$79,39
dez/17	191	R\$ 3.949,04	R\$ 5.499,80	R\$ 0,00	R\$ 4.506,78	R\$ 301,35	R\$ 1.644,80	R\$ 3.715,78	R\$19.617,55	R\$102,71
<b>TOTAL</b>									R\$322.373,95	
<b>Despesa média anual</b>										R\$127,13
<b>Desvio Padrão</b>										101,2284821
<b>Prêmio Puro</b>										R\$228,36
<b>Carregamento para comercialização</b>										R\$11,44
<b>Prêmio Comercial</b>										R\$239,80

Valores fornecidos pelo PAS-UFMS através do SIPAS – Sistema do Programa de Assistência à Saúde, em março de 2018.

Tabela 21– Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários agregados – 24 a 28 anos

Faixa Etária: 24-28										
Competência	Nº de agregados	Consultas	Exames	Internação	Odontologia	Procedimento Ambulatorial	Pronto Socorro	Tratamento Especializado	TOTAL	TOTAL Unitário
jan/17	274	R\$ 5.713,18	R\$ 8.175,92	R\$ 2.283,98	R\$ 1.179,15	R\$ 443,98	R\$ 631,93	R\$ 2.552,00	R\$20.980,14	R\$76,57
fev/17	282	R\$ 5.921,50	R\$ 15.152,85	R\$ 9.518,81	R\$ 3.444,70	R\$ 33,60	R\$ 1.390,63	R\$ 2.119,00	R\$37.581,09	R\$133,27
mar/17	286	R\$ 7.136,56	R\$ 14.453,91	R\$ 17.805,88	R\$ 2.284,45	R\$ 0,00	R\$ 1.497,94	R\$ 965,00	R\$44.143,74	R\$154,35
abr/17	290	R\$ 5.443,48	R\$ 11.001,42	R\$ 9.917,87	R\$ 4.528,33	R\$ 0,00	R\$ 1.701,05	R\$ 2.328,00	R\$34.920,15	R\$120,41
mai/17	286	R\$ 6.304,32	R\$ 12.536,83	R\$ 12.049,16	R\$ 2.323,97	R\$ 0,00	R\$ 1.740,31	R\$ 3.102,00	R\$38.056,59	R\$133,07
jun/17	276	R\$ 6.427,40	R\$ 11.381,30	R\$ 2.368,13	R\$ 4.240,94	R\$ 2.741,82	R\$ 1.536,21	R\$ 2.417,00	R\$31.112,80	R\$112,73
jul/17	279	R\$ 7.942,02	R\$ 13.111,43	R\$ 15.433,70	R\$ 2.502,86	R\$ 205,13	R\$ 1.241,52	R\$ 3.476,00	R\$43.912,66	R\$157,39
ago/17	277	R\$ 4.993,60	R\$ 10.892,65	R\$ 8.426,17	R\$ 3.572,72	R\$ 67,82	R\$ 1.749,59	R\$ 2.706,00	R\$32.408,55	R\$117,00
set/17	281	R\$ 7.221,29	R\$ 9.736,35	R\$ 4.162,95	R\$ 7.175,96	R\$ 67,82	R\$ 2.097,39	R\$ 2.848,00	R\$33.309,76	R\$118,54
out/17	283	R\$ 6.331,74	R\$ 11.908,28	R\$ 0,00	R\$ 1.890,33	R\$ 0,00	R\$ 1.188,01	R\$ 3.389,00	R\$24.707,36	R\$87,31
nov/17	286	R\$ 5.144,28	R\$ 11.791,70	R\$ 7.463,30	R\$ 2.656,41	R\$ 1.866,08	R\$ 1.204,52	R\$ 3.438,00	R\$33.564,29	R\$117,36
dez/17	288	R\$ 5.070,15	R\$ 11.743,13	R\$ 26.403,10	R\$ 1.590,81	R\$ 4.321,02	R\$ 1.202,08	R\$ 3.313,00	R\$53.643,29	R\$186,26
<b>TOTAL</b>									R\$428.340,42	
<b>Despesa média anual</b>										R\$126,19
<b>Desvio Padrão</b>										29,97311508
<b>Prêmio Puro</b>										R\$156,16
<b>Carregamento para comercialização</b>										R\$11,36
<b>Prêmio Comercial</b>										R\$167,52

Valores fornecidos pelo PAS-UFMS através do SIPAS – Sistema do Programa de Assistência à Saúde, em março de 2018.

Ao contrário do que acontece com o número de beneficiários titulares, dependentes e pensionistas, a quantidade de beneficiários agregados, por sua característica, diminui conforme aumentam as idades. Na Tabela 21, que denota os custos dos agregados de 24 a 28 anos, ocorre que o número de beneficiários é maior, sendo assim a despesa média anual é de apenas R\$126,19, relativamente menor que o custo unitário analisado na Tabela 11 de R\$173,48. O risco também não foi muito alto (29,97), levando o prêmio comercial a um valor consideravelmente baixo, principalmente se comparado ao atual da tabela PAS-UFMS (R\$190,00). Esta é uma das poucas faixas superavitárias para este tipo de beneficiário, conforme aumentam as faixas etárias e, conseqüentemente, diminuem as quantidades de usuários do Programa, os custos e riscos crescem elevando, assim, os prêmios comerciais respectivos.

Na Tabela 22 (29 a 33 anos), o total de beneficiários começa a diminuir em relação à faixa anterior. O custo unitário foi calculado em R\$178,00, enquanto o desvio padrão foi de 42,52, valor relativamente alto guiado pelas oscilações de pico nos meses de março e maio, que como pode ser observado, deram-se em razão dos altos custos com internações e exames nesses meses. O valor da contribuição do PAS-UFMS para esta faixa é de R\$210,00, preço este que está aquém do calculado na Tabela 22, onde o prêmio comercial foi de R\$236,55.

Nas planilhas seguintes, os prêmios de risco e, principalmente, os desvios padrões foram muito altos, apenas a relativa a faixa etária de 54 a 58 anos não é deficitária. Esse fato pode ser explicado, em parte, pela brusca queda no número de beneficiários. Na Tabela 23 o número cai pela metade, enquanto na Tabela 24 essa quantidade diminui em aproximadamente 75%.

Na Tabela 23 (34 a 38 anos), os custos de utilização foram elevados e pouco consistentes com picos nos meses de fevereiro e novembro, novamente puxados pelos valores de internações. A despesa média anual de R\$215,50, apesar de à primeira vista não parecer tão alto, quando somado ao desvio padrão (69,42) chega a um prêmio puro de R\$284,92 e após adicionado o carregamento para comercialização um prêmio comercial de R\$304,32. O preço atual praticado pelo Programa é de apenas R\$250,00, preço este que não visa o risco desta faixa etária, cobre apenas os custos, dependendo, portanto, do superávit de outras faixas.

Tabela 22 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários agregados – 29 a 33 anos

Faixa Etária: 29-33										
Competência	Nº de agregados	Consultas	Exames	Internação	Odontologia	Procedimento Ambulatorial	Pronto Socorro	Tratamento Especializado	TOTAL	TOTAL Unitário
jan/17	198	R\$ 4.594,04	R\$ 10.575,18	R\$ 9.186,88	R\$ 2.580,20	R\$ 1.081,42	R\$ 1.411,11	R\$ 2.804,00	R\$32.232,83	R\$162,79
fev/17	198	R\$ 6.041,86	R\$ 12.351,37	R\$ 1.929,46	R\$ 835,10	R\$ 3.447,24	R\$ 370,18	R\$ 2.542,00	R\$27.517,21	R\$138,98
mar/17	197	R\$ 6.484,34	R\$ 14.523,70	R\$ 27.821,29	R\$ 1.817,20	R\$ 259,20	R\$ 708,98	R\$ 2.440,00	R\$54.054,71	R\$274,39
abr/17	197	R\$ 5.945,14	R\$ 11.533,36	R\$ 3.820,95	R\$ 2.688,71	R\$ 250,07	R\$ 650,87	R\$ 3.458,00	R\$28.347,10	R\$143,89
mai/17	201	R\$ 8.560,70	R\$ 16.498,11	R\$ 14.344,59	R\$ 1.962,48	R\$ 2.969,51	R\$ 1.761,78	R\$ 2.605,00	R\$48.702,17	R\$242,30
jun/17	212	R\$ 5.121,06	R\$ 8.480,20	R\$ 6.505,54	R\$ 4.646,83	R\$ 843,25	R\$ 1.879,46	R\$ 4.386,00	R\$31.862,34	R\$150,29
jul/17	213	R\$ 6.405,58	R\$ 16.451,92	R\$ 4.451,12	R\$ 2.666,40	R\$ 2.943,50	R\$ 1.020,30	R\$ 3.370,00	R\$37.308,82	R\$175,16
ago/17	214	R\$ 5.432,30	R\$ 10.609,17	R\$ 11.626,88	R\$ 2.060,16	R\$ 4.242,33	R\$ 931,95	R\$ 4.477,00	R\$39.379,79	R\$184,02
set/17	216	R\$ 6.904,88	R\$ 14.305,25	R\$ 4.776,94	R\$ 2.498,79	R\$ 577,59	R\$ 501,64	R\$ 2.764,00	R\$32.329,09	R\$149,67
out/17	222	R\$ 6.155,76	R\$ 12.241,85	R\$ 5.934,98	R\$ 2.540,97	R\$ 425,00	R\$ 1.046,95	R\$ 2.689,00	R\$31.034,51	R\$139,80
nov/17	223	R\$ 6.388,32	R\$ 15.308,99	R\$ 17.096,02	R\$ 2.168,94	R\$ 0,00	R\$ 645,39	R\$ 2.891,00	R\$44.498,66	R\$199,55
dez/17	225	R\$ 5.279,78	R\$ 14.502,94	R\$ 9.910,11	R\$ 3.011,42	R\$ 886,54	R\$ 1.458,90	R\$ 4.374,52	R\$39.424,21	R\$175,22
<b>TOTAL</b>									R\$446.691,44	
<b>Despesa média anual</b>										R\$178,00
<b>Desvio Padrão</b>										42,52130355
<b>Prêmio Puro</b>										R\$220,53
<b>Carregamento para comercialização</b>										R\$16,02
<b>Prêmio Comercial</b>										R\$236,55

Valores fornecidos pelo PAS-UFMS através do SIPAS – Sistema do Programa de Assistência à Saúde, em março de 2018.

Tabela 23 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários agregados – 34 a 38 anos

Faixa Etária: 34-38										
Competência	Nº de agregados	Consultas	Exames	Internação	Odontologia	Procedimento Ambulatorial	Pronto Socorro	Tratamento Especializado	TOTAL	TOTAL Unitário
jan/17	100	R\$ 2.660,92	R\$ 7.578,06	R\$ 7.251,42	R\$ 1.512,70	R\$ 0,00	R\$ 573,80	R\$ 255,00	R\$19.831,90	R\$198,32
fev/17	104	R\$ 3.887,49	R\$ 10.085,09	R\$ 20.045,28	R\$ 1.261,75	R\$ 448,00	R\$ 1.362,47	R\$ 805,00	R\$37.895,08	R\$364,38
mar/17	107	R\$ 3.742,73	R\$ 13.263,13	R\$ 7.475,69	R\$ 3.812,55	R\$ 231,00	R\$ 634,22	R\$ 274,00	R\$29.433,32	R\$275,08
abr/17	111	R\$ 3.830,03	R\$ 8.874,08	R\$ 8.047,42	R\$ 688,06	R\$ 374,85	R\$ 600,89	R\$ 324,00	R\$22.739,33	R\$204,86
mai/17	114	R\$ 4.635,56	R\$ 8.154,42	R\$ 4.250,43	R\$ 4.019,86	R\$ 337,84	R\$ 909,77	R\$ 973,75	R\$23.281,63	R\$204,22
jun/17	114	R\$ 2.654,76	R\$ 14.532,80	R\$ 0,00	R\$ 2.142,30	R\$ 1.575,56	R\$ 352,73	R\$ 527,00	R\$21.785,15	R\$191,10
jul/17	118	R\$ 3.971,14	R\$ 9.183,42	R\$ 3.912,94	R\$ 2.197,06	R\$ 137,04	R\$ 907,94	R\$ 440,00	R\$20.749,54	R\$175,84
ago/17	122	R\$ 3.602,70	R\$ 4.925,17	R\$ 4.648,73	R\$ 1.740,66	R\$ 245,57	R\$ 632,62	R\$ 1.068,00	R\$16.863,45	R\$138,23
set/17	121	R\$ 3.618,10	R\$ 10.554,93	R\$ 12.003,48	R\$ 2.869,71	R\$ 0,00	R\$ 414,85	R\$ 1.146,00	R\$30.607,07	R\$252,95
out/17	122	R\$ 3.961,50	R\$ 6.531,30	R\$ 0,00	R\$ 2.498,61	R\$ 0,00	R\$ 776,69	R\$ 966,00	R\$14.734,10	R\$120,77
nov/17	122	R\$ 3.699,70	R\$ 8.125,36	R\$ 19.298,75	R\$ 1.609,13	R\$ 1.871,73	R\$ 679,89	R\$ 420,00	R\$35.704,56	R\$292,66
dez/17	122	R\$ 3.459,70	R\$ 7.983,80	R\$ 2.045,41	R\$ 3.984,90	R\$ 731,38	R\$ 1.239,20	R\$ 995,00	R\$20.439,39	R\$167,54
<b>TOTAL</b>									R\$294.064,52	
<b>Despesa média anual</b>										R\$215,50
<b>Desvio Padrão</b>										69,42552883
<b>Prêmio Puro</b>										R\$284,92
<b>Carregamento para comercialização</b>										R\$19,39
<b>Prêmio Comercial</b>										R\$304,32

Valores fornecidos pelo PAS-UFMS através do SIPAS – Sistema do Programa de Assistência à Saúde, em março de 2018.

Tabela 24 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários agregados – 39 a 43 anos

Faixa Etária: 39-43										
Competência	Nº de agregados	Consultas	Exames	Internação	Odontologia	Procedimento Ambulatorial	Pronto Socorro	Tratamento Especializado	TOTAL	TOTAL Unitário
jan/17	25	R\$ 835,79	R\$ 828,93	R\$ 4.594,96	R\$ 934,15	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 170,00	R\$7.363,83	R\$294,55
fev/17	25	R\$ 660,00	R\$ 2.306,00	R\$ 3.186,98	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 170,00	R\$ 211,00	R\$6.533,98	R\$261,36
mar/17	24	R\$ 919,58	R\$ 1.816,02	R\$ 0,00	R\$ 273,35	R\$ 367,65	R\$ 633,52	R\$ 154,00	R\$4.164,12	R\$173,51
abr/17	24	R\$ 929,58	R\$ 4.598,74	R\$ 4.250,43	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 204,17	R\$ 392,00	R\$10.374,92	R\$432,29
mai/17	25	R\$ 683,58	R\$ 1.407,48	R\$ 0,00	R\$ 216,45	R\$ 152,04	R\$ 174,55	R\$ 429,00	R\$3.063,10	R\$122,52
jun/17	27	R\$ 768,40	R\$ 1.389,53	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 249,11	R\$ 118,63	R\$ 294,00	R\$2.819,67	R\$104,43
jul/17	27	R\$ 1.811,69	R\$ 1.874,73	R\$ 6.379,06	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 429,52	R\$ 429,00	R\$10.924,00	R\$404,59
ago/17	27	R\$ 984,56	R\$ 714,58	R\$ 5.784,63	R\$ 454,36	R\$ 0,00	R\$ 346,54	R\$ 526,00	R\$8.810,67	R\$326,32
set/17	28	R\$ 884,22	R\$ 2.185,34	R\$ 12.414,53	R\$ 1.469,64	R\$ 0,00	R\$ 218,30	R\$ 537,75	R\$17.709,78	R\$632,49
out/17	29	R\$ 600,40	R\$ 1.248,35	R\$ 0,00	R\$ 186,11	R\$ 0,00	R\$ 362,01	R\$ 150,00	R\$2.546,87	R\$87,82
nov/17	31	R\$ 572,00	R\$ 2.643,94	R\$ 0,00	R\$ 706,33	R\$ 0,00	R\$ 146,38	R\$ 210,00	R\$4.278,65	R\$138,02
dez/17	31	R\$ 721,98	R\$ 684,56	R\$ 0,00	R\$ 1.828,17	R\$ 1.288,66	R\$ 0,00	R\$ 294,00	R\$4.817,37	R\$155,40
<b>TOTAL</b>									R\$83.406,96	
<b>Despesa média anual</b>										R\$261,11
<b>Desvio Padrão</b>										165,4106953
<b>Prêmio Puro</b>										R\$426,52
<b>Carregamento para comercialização</b>										R\$23,50
<b>Prêmio Comercial</b>										R\$450,02

Valores fornecidos pelo PAS-UFMS através do SIPAS – Sistema do Programa de Assistência à Saúde, em março de 2018.

Na Tabela 24 (39 a 43 anos), nota-se que a despesa média anual (R\$261,11), apesar de ter aumentado, não cresceu tanto em relação à faixa anterior, em compensação o desvio padrão (165,41), ou seja, o risco, somou mais de 50% do valor do custo para formar um prêmio puro de R\$426,52. Pode-se observar que o elevado risco dessa faixa se deu pelos picos de gastos com internação nos meses de abril, julho e, principalmente, setembro. Os valores com internação não foram tão altos quanto em várias outras tabelas analisadas anteriormente, todavia, como já mencionado, o número de beneficiários caiu muito, sendo assim houve meses em que algumas guias tiveram seu valor zerado, portanto qualquer custo nos meses posteriores gera um pico, influenciando no cálculo do risco.

A Tabela 25 (44 a 48 anos) apresenta as mesmas características, o número médio de beneficiários diminuiu ainda mais, aproximadamente metade, o que acentuou as disparidades nos custos e elevou consideravelmente o risco. O custo médio unitário situou-se em R\$262,96, este valor, apesar de não ser tão alto, e, ainda, menor que o custo da faixa anterior, quando somado ao desvio padrão de 266,58 e ao carregamento de comercialização de R\$23,67, atingiu um prêmio comercial exuberante de R\$553,20. Essa planilha deixa claro a influência do número de beneficiários no risco assumido pelo Programa, uma vez que haverá meses com custo zero e outros com custos altos.

Ambas as tabelas 24 e 25 analisadas, tiveram seus valores de desvio padrão muito altos e, como seria de se esperar, têm seus prêmios comerciais muito além do preço cobrado pelo PAS-UFMS atualmente (R\$300,00 e R\$350,00 respectivamente), vê-se, porém, que os valores praticados nas duas faixas estão mais altos que os valores de custo, portanto, novamente, espera-se que se a probabilidade de risco for efetivada, deverá ser suprida pelos superávits das demais faixas.

A Tabela 26 (49 a 53 anos) segue o padrão das anteriores, menos beneficiários e risco mais elevado. O desvio padrão foi de 147,46 que somado à despesa média anual de R\$284,63 e ao carregamento de comercialização de R\$25,62 atingiu o prêmio comercial de R\$457,81. O valor final da contribuição desta faixa aproxima-se muito do já praticado pelo Programa de R\$450,00, sendo esta, portanto, uma faixa praticamente autossuficiente, a qual ser prêmio comercial consegue suprir o próprio risco.

Tabela 25 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários agregados – 44 a 48 anos

Faixa Etária: 44-48										
Competência	Nº de agregados	Consultas	Exames	Internação	Odontologia	Procedimento Ambulatorial	Pronto Socorro	Tratamento Especializado	TOTAL	TOTAL Unitário
jan/17	9	R\$ 269,58	R\$ 399,03	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 135,00	R\$803,61	R\$89,29
fev/17	9	R\$ 120,00	R\$ 308,64	R\$ 4.256,84	R\$ 26,25	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$4.711,73	R\$523,53
mar/17	10	R\$ 342,56	R\$ 3.099,49	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 225,00	R\$3.667,05	R\$366,71
abr/17	10	R\$ 230,00	R\$ 241,97	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 360,00	R\$831,97	R\$83,20
mai/17	10	R\$ 409,58	R\$ 1.162,77	R\$ 177,10	R\$ 362,60	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 358,00	R\$2.470,05	R\$247,01
jun/17	10	R\$ 286,98	R\$ 1.219,81	R\$ 0,00	R\$ 1.068,93	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 648,00	R\$3.223,72	R\$322,37
jul/17	10	R\$ 226,00	R\$ 764,50	R\$ 8.340,07	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 324,00	R\$9.654,57	R\$965,46
ago/17	10	R\$ 220,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$220,00	R\$22,00
set/17	11	R\$ 280,00	R\$ 166,79	R\$ 0,00	R\$ 153,18	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$599,97	R\$54,54
out/17	11	R\$ 245,00	R\$ 713,70	R\$ 0,00	R\$ 410,33	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$1.369,03	R\$124,46
nov/17	11	R\$ 552,96	R\$ 699,95	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$1.252,91	R\$113,90
dez/17	12	R\$ 100,00	R\$ 2.816,16	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$2.916,16	R\$243,01
<b>TOTAL</b>									R\$31.720,77	
<b>Despesa média anual</b>										R\$262,96
<b>Desvio Padrão</b>										266,5808406
<b>Prêmio Puro</b>										R\$529,54
<b>Carregamento para comercialização</b>										R\$23,67
<b>Prêmio Comercial</b>										R\$553,20

Valores fornecidos pelo PAS-UFMS através do SIPAS – Sistema do Programa de Assistência à Saúde, em março de 2018.

Tabela 26 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários agregados – 49 a 53 anos

Faixa Etária: 49-53										
Competência	Nº de agregados	Consultas	Exames	Internação	Odontologia	Procedimento Ambulatorial	Pronto Socorro	Tratamento Especializado	TOTAL	TOTAL Unitário
jan/17	3	R\$ 352,00	R\$ 1.519,68	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$2.071,68	R\$690,56
fev/17	3	R\$ 0,00	R\$ 139,47	R\$ 0,00	R\$ 250,60	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 250,00	R\$640,07	R\$213,36
mar/17	3	R\$ 0,00	R\$ 593,44	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 315,00	R\$908,44	R\$302,81
abr/17	3	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 153,18	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 360,00	R\$513,18	R\$171,06
mai/17	3	R\$ 259,58	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 83,91	R\$ 0,00	R\$343,49	R\$114,50
jun/17	3	R\$ 246,00	R\$ 396,48	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 428,00	R\$1.070,48	R\$356,83
jul/17	4	R\$ 220,00	R\$ 276,30	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 648,00	R\$1.144,30	R\$286,08
ago/17	4	R\$ 0,00	R\$ 327,44	R\$ 0,00	R\$ 360,38	R\$ 267,02	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$954,84	R\$238,71
set/17	4	R\$ 120,00	R\$ 136,20	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 648,00	R\$904,20	R\$226,05
out/17	4	R\$ 100,00	R\$ 261,10	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 324,00	R\$685,10	R\$171,28
nov/17	3	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 856,18	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 180,00	R\$1.036,18	R\$345,39
dez/17	3	R\$ 144,00	R\$ 522,86	R\$ 0,00	R\$ 49,95	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 180,00	R\$896,81	R\$298,94
<b>TOTAL</b>									R\$11.168,77	
<b>Despesa média anual</b>										R\$284,63
<b>Desvio Padrão</b>										147,5663522
<b>Prêmio Puro</b>										R\$432,20
<b>Carregamento para comercialização</b>										R\$25,62
<b>Prêmio Comercial</b>										R\$457,81

Valores fornecidos pelo PAS-UFMS através do SIPAS – Sistema do Programa de Assistência à Saúde, em março de 2018.

Tabela 27 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários agregados – 54 a 58 anos

Faixa Etária: 54-58										
Competência	Nº de agregados	Consultas	Exames	Internação	Odontologia	Procedimento Ambulatorial	Pronto Socorro	Tratamento Especializado	TOTAL	TOTAL Unitário
jan/17	13	R\$ 179,58	R\$ 102,97	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 415,13	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$697,68	R\$53,67
fev/17	13	R\$ 160,00	R\$ 1.411,03	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$1.571,03	R\$120,85
mar/17	12	R\$ 299,58	R\$ 601,24	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$900,82	R\$75,07
abr/17	12	R\$ 390,00	R\$ 1.897,38	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 278,11	R\$ 0,00	R\$2.565,49	R\$213,79
mai/17	11	R\$ 270,00	R\$ 917,23	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 667,35	R\$ 0,00	R\$1.854,58	R\$168,60
jun/17	11	R\$ 260,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 762,38	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$1.022,38	R\$92,94
jul/17	11	R\$ 160,00	R\$ 586,98	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$746,98	R\$67,91
ago/17	9	R\$ 220,00	R\$ 465,96	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 154,48	R\$ 0,00	R\$840,44	R\$93,38
set/17	8	R\$ 604,58	R\$ 4.770,87	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 415,13	R\$ 195,56	R\$ 0,00	R\$5.986,14	R\$748,27
out/17	7	R\$ 559,58	R\$ 2.845,95	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$3.405,53	R\$486,50
nov/17	8	R\$ 465,00	R\$ 1.323,59	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$1.788,59	R\$223,57
dez/17	8	R\$ 499,58	R\$ 865,87	R\$ 0,00	R\$ 49,95	R\$ 2.528,44	R\$ 202,15	R\$ 0,00	R\$4.145,99	R\$518,25
<b>TOTAL</b>									R\$25.525,65	
<b>Despesa média anual</b>										R\$238,57
<b>Desvio Padrão</b>										223,8933225
<b>Prêmio Puro</b>										R\$462,46
<b>Carregamento para comercialização</b>										R\$21,47
<b>Prêmio Comercial</b>										R\$483,93

Valores fornecidos pelo PAS-UFMS através do SIPAS – Sistema do Programa de Assistência à Saúde, em março de 2018.

Ao contrário das planilhas anteriores, a Tabela 27 que trata da faixa etária de 54 a 58 anos tem um preço final (R\$483,93) muito aquém do cobrado atualmente pelo Programa (R\$600,00). Tal fato deu-se pela característica crescente da tabela de mensalidades do PAS-UFMS em contraposição à consistência de valores entre as faixas dos beneficiários agregados. A quantidade de beneficiários continuou caindo chegando a meses com menos de 10, porém a despesa média anual não se elevou situando-se em R\$238,57, o desvio padrão permaneceu alto em 223,89 levando o prêmio comercial ao valor de R\$483,93.

A última faixa etária desta categoria de beneficiários foge à regra das faixas anteriores de queda no número de beneficiários. A quantidade de beneficiários na Tabela 28 chega a atingir 290, número alto considerando que a faixa anterior teve apenas a 7 beneficiários no mês de outubro. É, no entanto, de se esperar que hajam mais beneficiários na última faixa, assim como aconteceu com os titulares, dependentes e pensionistas, uma vez que é a maior faixa, além disso, os agregados são, em maior número, os enteados (faixas de idade mais baixas) e os pais (faixa de idade mais elevada).

Na Tabela 28 (59 anos ou mais), observa-se que os valores de custo (despesa média anual) já são elevados levando a uma média de R\$976,73, o risco puxado pelos picos com valores de exames e internações atinge 310,75, e o carregamento para comercialização proporcional à despesa média anual também é o mais elevado em R\$87,91 elevam o prêmio comercial a R\$1375,38 em contraposição aos R\$700,00 cobrados atualmente pelo Programa. Espera-se, de fato, que as faixas de maiores idades sejam as mais deficitárias, mas em se tratando dos agregados, pode-se considerar que esta é a faixa que mais onera o Programa.

É importante lembrar que os beneficiários agregados, ao contrário dos titulares, dependentes e pensionistas, não recebem subsídio do governo para custear o plano de saúde, sendo assim, todo o valor cobrado deverá ser desembolsado pelo titular ao qual está ligado o agregado. Frisando, então, que o PAS-UFMS é um Programa com tom social, voltado para a população que atende e que não visa lucro, este tende a não fragilizar essa parte da população que precisa ser segurada, tentando, portanto, socializar os custos com os contribuintes que geram superávit.

Tabela 28 – Planilha para cálculo de mensalidades dos beneficiários agregados – 59 anos ou +

Faixa Etária: 59 ou +										
Competência	Nº de agregados	Consultas	Exames	Internação	Odontologia	Procedimento Ambulatorial	Pronto Socorro	Tratamento Especializado	TOTAL	TOTAL Unitário
jan/17	274	R\$ 13.582,41	R\$ 36.300,37	R\$ 192.266,73	R\$ 4.084,15	R\$ 17.100,45	R\$ 3.076,23	R\$ 10.073,26	R\$276.483,60	R\$1.009,06
fev/17	275	R\$ 11.783,36	R\$ 38.352,34	R\$ 70.141,25	R\$ 164,85	R\$ 18.851,67	R\$ 2.061,31	R\$ 3.253,78	R\$144.608,56	R\$525,85
mar/17	276	R\$ 12.052,86	R\$ 36.589,15	R\$ 289.474,85	R\$ 3.753,05	R\$ 45.251,66	R\$ 2.724,14	R\$ 14.085,89	R\$403.931,60	R\$1.463,52
abr/17	276	R\$ 9.735,70	R\$ 30.860,49	R\$ 129.928,68	R\$ 1.243,63	R\$ 35.038,55	R\$ 3.060,87	R\$ 3.741,55	R\$213.609,47	R\$773,95
mai/17	277	R\$ 16.332,22	R\$ 58.182,76	R\$ 283.302,10	R\$ 2.931,88	R\$ 42.341,48	R\$ 4.513,51	R\$ 7.183,87	R\$414.787,82	R\$1.497,43
jun/17	277	R\$ 10.002,61	R\$ 60.772,91	R\$ 153.726,87	R\$ 2.735,04	R\$ 34.904,08	R\$ 3.160,30	R\$ 5.853,67	R\$271.155,48	R\$978,90
jul/17	279	R\$ 13.083,54	R\$ 88.168,49	R\$ 190.659,92	R\$ 4.486,25	R\$ 39.665,82	R\$ 4.283,66	R\$ 4.243,75	R\$344.591,43	R\$1.235,09
ago/17	281	R\$ 11.757,10	R\$ 126.722,46	R\$ 89.434,05	R\$ 1.338,84	R\$ 38.113,17	R\$ 4.164,21	R\$ 8.109,00	R\$322.867,83	R\$1.149,00
set/17	286	R\$ 12.766,75	R\$ 72.126,22	R\$ 154.199,38	R\$ 3.697,02	R\$ 11.810,93	R\$ 4.314,63	R\$ 5.665,50	R\$264.580,43	R\$925,11
out/17	288	R\$ 12.381,00	R\$ 73.344,75	R\$ 39.346,79	R\$ 10.205,50	R\$ 45.367,58	R\$ 2.968,73	R\$ 8.100,25	R\$191.714,60	R\$665,68
nov/17	290	R\$ 12.245,96	R\$ 59.089,34	R\$ 131.557,86	R\$ 1.585,08	R\$ 19.575,33	R\$ 2.906,31	R\$ 9.272,25	R\$236.232,13	R\$814,59
dez/17	290	R\$ 11.258,63	R\$ 67.169,51	R\$ 96.542,63	R\$ 3.757,15	R\$ 7.585,92	R\$ 2.337,95	R\$ 9.281,75	R\$197.933,54	R\$682,53
<b>TOTAL</b>									R\$3.282.496,49	
<b>Despesa Médial anual</b>										R\$976,73
<b>Desvio Padrão</b>										310,753691
<b>Prêmio Puro</b>										R\$1.287,48
<b>Carregamento para comercialização</b>										R\$87,91
<b>Prêmio Comercial</b>										R\$1.375,38

Valores fornecidos pelo PAS-UFMS através do SIPAS – Sistema do Programa de Assistência à Saúde, em março de 2018.

## 6.2 ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES CALCULADAS

As tabelas 29 e 30 compilam os valores dos prêmios comerciais, encontrados nas tabelas anteriores, dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas (tabela 29) e dos agregados (tabela 30).

Os maiores valores encontrados na tabela dos agregados resultam do menor número desse tipo de beneficiários, além de, conforme nota-se nas tabelas 19 a 28, apresentam riscos mais elevados que os demais contribuintes.

Tabela 29 – Contribuições mensais dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas (valor atual e valor calculado pela nova metodologia)

<b>Faixa Etária</b>	<b>Contribuição PAS-UFMS (R\$)</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>	<b>Despesas Administrativas</b>	<b>Contribuições Calculadas (R\$)</b>
0-18	164,00	83,29	22,4726	7,12	108,75
19-23	192,00	93,56	26,8077	8,42	128,79
24-28	198,00	173,48	151,7212	15,61	340,82
29-33	205,00	121,73	19,7591	10,92	152,44
34-38	220,00	146,10	31,7256	13,15	190,97
39-43	238,00	184,64	51,4072	16,62	252,67
44-48	300,00	261,16	57,4330	23,50	342,09
49-53	350,00	208,70	53,24	18,78	280,73
54-58	400,00	231,87	79,1905	20,87	331,93
59 ou +	500,00	476,64	72,4164	42,90	591,96

Tabela 30 – Contribuições mensais dos beneficiários agregados

<b>Faixa Etária</b>	<b>Contribuição PAS-UFMS (R\$)</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>	<b>Despesas Administrativas</b>	<b>Contribuições Calculadas (R\$)</b>
0-18	130,00	93,25	21,6228	8,39	123,27
19-23	165,00	127,13	101,2284	11,44	239,80
24-28	190,00	126,19	29,9731	11,36	167,52
29-33	210,00	178,00	42,5213	16,02	236,55
34-38	250,00	215,50	69,4255	19,32	304,32
39-43	300,00	261,11	165,4106	23,50	450,02
44-48	350,00	262,96	266,5808	23,67	553,20
49-53	450,00	284,63	147,5663	25,62	457,81
54-58	600,00	238,57	223,8933	21,47	483,93
59 ou +	700,00	976,73	310,7536	87,91	1.375,38

Em comparação com as tabelas praticadas pelo PAS-UFMS, a tabela 29 parece não ser tão diferente, algumas faixas etárias têm preços mais baixos outras mais altos, mas no

geral uma faixa compensa a outra. Em compensação, os preços encontrados na tabela 30 diferem bastante dos praticados pelo Programa, principalmente na última faixa, onde o valor é quase o dobro do cobrado atualmente.

No próximo tópico, a comparação entre as tabelas será feita estatisticamente, para determinar se, de fato, os valores encontrados por faixas etárias diferem ou não dos praticados atualmente pelo PAS-UFMS.

### 6.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS TABELAS DE CONTRIBUIÇÕES

Conforme visto nos tópicos anteriores, foram calculados os riscos, os custos de uso dos beneficiários e os custos administrativos para formar os prêmios comerciais por faixa etária. Não é, todavia, fácil discernir se a tabela final encontrada nesta pesquisa difere de fato da já praticada pelo Programa, apesar de usarem modelos de precificação diferentes. Neste capítulo buscou-se analisar estatisticamente as tabelas (produzida e praticada) com o intuito de descobrir se há diferenças entre elas e se são significantes.

Tabela 31 – Teste de qui-quadrado para amostras únicas – Beneficiários titulares, dependentes e pensionistas

10 observações										
Classe	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PAS	164	192	198	205	220	238	300	350	400	500
Pesquisa	108,75	128,79	340,82	152,44	190,97	252,67	342,09	280,73	331,93	591,96
Frequência	28,0695	31,02340321	59,848461	18,122236	4,4129492	0,851739	5,1786609	17,092341	13,959344	14,285833
Tamanho da amostra	2767									
Número de classes utilizadas	10									
Graus de liberdade associados	9									
Estatística Qui-Quadrado	192,8445									
P-valor (Teste Qui-Quadrado)	0,0000 (Valor exato e bilateral)									
Conclusão:	Rejeita-se a hipótese nula, ao nível de significância de 5%, utilizando o teste de Qui-Quadrado.									

Ao comparar-se a olho nu as Tabelas 1 (contribuições mensais praticadas pelo PAS-UFMS) e 29 (contribuições mensais encontradas aplicando-se o método proposto), é possível acreditar que as diferenças entre elas não são significantes, que uma faixa compensa a outra e os preços praticados acabam por assemelhar-se muito. No entanto, como pode ser visto na Tabela 31, após o teste qui-quadrado ao nível de significância de 5%, em que foram comparadas as 10 observações (prêmios comerciais por faixa etária) calculadas utilizando o método adotado nesta dissertação e os preços das contribuições atualmente praticadas pelo PAS-UFMS, percebe-se que a hipótese nula foi rejeitada, ou seja, rejeitou-se a hipótese de que as tabelas não diferem entre si.

Tabela 32 - Teste de qui-quadrado para amostras únicas – Beneficiários agregados

10 observações										
Classe	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PAS	123,27	239,8	167,52	236,55	304,32	450,02	553,2	457,81	483,93	1375,38
Pesquisa	130	165	190	210	250	300	350	450	600	700
<b>Frequência</b>	0,348406923	33,90933333	2,659738947	3,356678571	11,8026496	75,02000133	117,9721143	0,135546889	22,4537415	651,6259206
<b>Tamanho da amostra</b>	4391,8									
<b>Número de classes utilizadas</b>	10									
<b>Graus de liberdade associados</b>	9									
<b>Estatística Qui-Quadrado</b>	919,2841									
<b>P-valor (Teste Qui-Quadrado)</b>	0,0000 (Valor exato e bilateral)									
<b>Conclusão:</b>	Rejeita-se a hipótese nula, ao nível de significância de 5%, utilizando o teste de Qui-Quadrado.									

Na Tabela 32, repetiu-se o teste com as tabelas referentes aos preços das contribuições dos beneficiários agregados. Utilizou-se, portanto, as 10 observações de valores constantes na Tabela 2 e as 10 observações de valores da Tabela 30, resultou em uma estatística do qui-quadrado muito mais elevado que a análise anterior (919,2841) e, conseqüentemente, rejeitou-se a hipótese nula.

As Tabelas 2 (contribuições mensais dos agregados praticadas pelo PAS-UFMS) e 30 (contribuições mensais dos agregados encontradas aplicando-se o método proposto), no entanto, tinham diferenças perceptíveis e bem mais acentuadas, devido ao elevado risco encontrado nessa parcela dos beneficiários. Era esperado que o resultado da análise estatística

rejeitasse a hipótese de que as tabelas não diferem entre si, ao contrário dos prêmios comerciais encontrados para os beneficiários titulares, dependentes e pensionistas e dos prêmios comerciais cobrados na tabela do PAS-UFMS.

Pôde-se perceber, através dos testes estatísticos, que o método proposto, de fato, cria novas possibilidades de cálculo e de precificação das contribuições mensais tanto para os beneficiários titulares, dependentes e pensionistas quanto para os beneficiários agregados. Além disso, o método, estruturado em forma de planilhas por faixa etária com os custos e número de contribuintes bem especificados, serve como uma mecanismo de controle e gestão para o Programa.

## 7 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método sugerido deve ser utilizado para estudo de custos e como base para os cálculos de reajustes, uma vez que, apesar de sua utilidade em se tratando de encontrar um preço justo para os contribuintes de cada faixa, levando-se em consideração os custos dos beneficiários e a análise de risco, não levou em consideração alguns pontos importantes constantes no Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) e na Resolução Normativa nº 63/2003 da ANS, por ter sido proposto no ano anterior às promulgações, tais como as divisões de faixa etária, a impossibilidade de uma faixa etária maior pagar menos e o limite de preço imposto à última faixa etária:

Art. 1º A variação de preço por faixa etária estabelecida nos contratos de planos privados de assistência à saúde firmados a partir de 1º de janeiro de 2004, deverá observar o disposto nesta Resolução.

Art. 2º Deverão ser adotadas dez faixas etárias, observando-se a seguinte tabela:

I - 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;

II - 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;

III - 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;

IV - 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;

V - 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;

VI - 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;

VII - 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;

VIII - 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;

IX - 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;

X - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

Art. 3º Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela operadora, observadas as seguintes condições:

I - o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

III - as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos. (ANS, 2003)

Buscou-se, portanto, adaptar as tabelas finais das contribuições dos beneficiários titulares, dependentes, pensionistas e agregados de modo que suprisse todas as exigências legais e ainda assim respeitasse o modelo de precificação adotado.

As maiores variações e diferenças de preços entre as faixas etárias se deram em função da análise de risco. Algumas faixas, apesar do não tão elevado custo, apresentaram elevadas variações entre meses, picos de custos em uns meses que não se mantinham nos seguintes o que, calculado o desvio padrão, levaram a um alto valor de risco que afetaram a despesa média anual e conseqüentemente o prêmio comercial.

O cálculo do risco é de grande importância para a formação dos preços das contribuições de um plano de saúde e, principalmente no caso do PAS, pois será o responsável pela formação do fundo de reserva que deve ser suficiente para suprir eventualidades e picos de gastos não previstos. Levando este ponto em consideração, ao adaptar à legislação a tabela de contribuições final, atentou-se para, principalmente, o valor total das contribuições simuladas para cada faixa etária, mantendo-se, assim, o fundo de reserva do risco não alterado.

Além do valor total dado pela análise de risco, as variações percentuais de aumento de preço de uma faixa etária para outra foram fixadas, também, com base no risco. Sendo assim, estipulou-se que, para a tabela dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas, a variação mínima seria de 10% e a máxima de 20%<sup>4</sup>, e, para a tabela de beneficiários agregados a mínima de 15% e a máxima de 25%.

Tabela 33 – Contribuições mensais dos beneficiários titulares, dependentes e pensionistas após adaptação legal

<b>Faixa Etária</b>	<b>Contribuição PAS-UFMS (R\$)</b>	<b>Contribuições Calculadas (R\$)</b>	<b>Contribuições Ajustadas (R\$)</b>
0-18	164,00	108,75	152,00
19-23	192,00	128,79	179,00
24-28	198,00	340,82	204,00
29-33	205,00	152,44	214,00
34-38	220,00	190,97	244,00
39-43	238,00	252,67	269,00
44-48	300,00	342,09	296,00
49-53	350,00	280,73	355,00
54-58	400,00	331,93	426,00
59 ou +	500,00	591,96	511,00

<sup>4</sup> As variações foram calculadas com base no risco em forma de bandas, a variação percentual do risco que ultrapassaram 20% tiveram aumento de 20%, quando a variação foi negativa ou menor que 10% teve aumento de 10% e, as variações que ficaram dentro dessa banda foram respeitadas.

Tabela 34 – Contribuições mensais dos beneficiários agregados após adaptação legal

<b>Faixa Etária</b>	<b>Contribuição PAS-UFMS (R\$)</b>	<b>Contribuições Calculadas (R\$)</b>	<b>Contribuições Ajustadas (R\$)</b>
0-18	130,00	123,27	167,00
19-23	165,00	239,80	208,00
24-28	190,00	167,52	240,00
29-33	210,00	236,55	283,00
34-38	250,00	304,32	339,00
39-43	300,00	450,02	407,00
44-48	350,00	553,20	509,00
49-53	450,00	457,81	586,00
54-58	600,00	483,93	732,00
59 ou +	700,00	1.375,38	916,00

Os valores apresentados nas últimas colunas das Tabelas 33 e 34 estão em consonância com a legislação que rege os Planos de Saúde privados e com o Estatuto do Idoso. Pode-se observar que as contribuições ajustadas da Tabela 33 se assemelha bastante aos preços praticados pelo PAS-UFMS e que mesmo na última faixa, de alto risco, a diferença entre uma e outra é de apenas 11 reais. As contribuições ajustadas da Tabela 34, no entanto, devido aos altos riscos e da menor quantidade de contribuintes, teve mensalidades mais elevadas em relação às do Programa.

Como se trata de um plano privado de saúde destinado a apenas servidores da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, é importante frisar que os contribuintes titulares, dependentes e pensionistas recebem subsídios em folha para o pagamento do plano de saúde. Os beneficiários agregados, no entanto, pagam integralmente os valores das mensalidades. Portanto, sendo o PAS um programa com foco na equidade e bem-estar social, busca equacionar essas diferenças de modo que consiga cobrar valores mais baixos dos beneficiários agregados.

## 7.1 FRAGILIDADES DO MÉTODO

Conforme exposto no item anterior, o método proposto calcula o preço unitário da mensalidade do plano com base nos custos gerados por faixa etária e pelo risco apresentado. Não leva em consideração, porém, os aspectos legais para a formação dos preços, além disso,

as contribuições são formadas baseando-se apenas nos números, as características sociais e qualitativas da demanda e do Programa não são abarcadas.

Tentamos aqui suprir a lacuna quanto aos aspectos legais, ainda assim, os preços destinados aos agregados foram muito elevados, o que gera uma distorção social àqueles servidores que têm, por exemplo, pais dependentes.

## 7.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método utilizado é objetivo e eficaz na formação de preços dos planos privados de saúde e serviu aos propósitos desta dissertação quanto à tentativa de propor maior objetividade e eficiência nas alterações das contribuições.

Apesar das fragilidades já citadas, o modelo considera os custos dos benefícios, os gastos administrativos, bem como o risco de utilização dos contribuintes. O modelo supre o fundo de reserva e gera segurança para a manutenção saudável do Programa. Se utilizado, não haverá dúvidas de que os aumentos ou diminuições dos valores das contribuições serão suficientes, a objetividade do método retira a necessidade do *feeling* do gestor, indo, portanto, ao encontro do objetivo desta Pesquisa. Como uma ferramenta de controle e gestão, o método auxilia na visão das necessidades de se estimular que mais beneficiários das faixas superavitárias adiram ao Programa, de forma que futuramente, ações alternativas, como propagandas e estímulos, possam suprir as necessidades de aumentos das contribuições, por exemplo.

Os percalços sociais relativos à missão do Programa e não levados em consideração deverão ser supridos pelas coordenações e equipes, e corroboradas pelo Colegiado que, se ajustadas, seguindo as premissas do método sempre atenderão às expectativas financeiras necessárias à manutenção do PAS-UFMS.

## 8 REFERÊNCIAS

ANDRADE, Mônica Viegas. **Determinantes dos gastos pessoais privados com saúde no Brasil Belo Horizonte: UFMG / CEDEPLAR**, 2002.

ASSEF, Roberto. **Manual de Gerência de Preços: do valor percebido pelo consumidor aos lucros da empresa**. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 2002.

BACCI, João, ROBLES, Clemil. **Abordagem Teórica da Formação do Preço de Venda**. São Paulo, 2001.

BAHIA, Lígia, VIANA, Ana Luíza. **Regulação & Saúde: Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar**, Agência Nacional de Saúde Suplementar 2002.

BERENSTEIN, Cláudia Koepfel. **O perfil etário dos custos de internação na saúde pública no Brasil: uma análise para as capitais das regiões metropolitanas do Brasil em 2000**. 2005. 91 f. Dissertação (mestrado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

BERNARDI, L. A. – **Política e Formação de Preços: Uma Abordagem Competitiva, Sistêmica e Integrada**. 2. ed. – São Paulo: Atlas, 1998.

BOMFIM, E. A.; PASSARELLI, J. **Custos e Formação de preço de venda**. 5. ed. São Paulo: IOB, 2008.

BORBA, V. R.; LISBOA, T. C.; ULHOA, W. M. M. **Gestão administrativa e financeira de organizações de saúde**. São Paulo: Atlas, 2009.

BRUNI, A. L.; FAMÁ, R. **Gestão de custos e formação de preços: com aplicações na calculadora HP 12C e Excel**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

Histórico da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>. Acesso em 10 de agosto de 2017.

KOTLER, Philip. **Administração de Marketing**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9656compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm). Acesso em: 8 ago. 2017.

Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm). Acesso em: 8 ago. 2017.

Manual Básico de Seguros. Rio de Janeiro: Funeseg, 1990 p. 40.

MEDICI, André Cezar. **Los gastos em salud em las familias de Brasil: algunas evidencias de su carácter regresivo**. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 2002. 33p.

MENDES, J. J. de Souza. **Bases técnicas do seguro**. São Paulo: Manuais Técnicos de Seguros Ltda, 1977.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias**. Rio de Janeiro, Editora: Fiocruz, 2007.

NAGLE, Thomas T., HOLDEN, Reed K. **Estratégia e Táticas de Preços: Um Guia para Decisões Lucrativas**. 3ª ed. São Paulo: Prentice Hall, 2003.

PIETROBON, Louise, PRADO, Martha, CAETANO, João Carlos. **Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor**, 2008.

PORTER, M. E. **Estratégia Competitiva: Técnicas para Análise de Indústrias e da Concorrência**, 1986, p.22.

RAMALHO, Ricardo Luiz. **Precificação de Planos de Saúde**. Florianópolis, 2002.

Resolução CNSP nº 23 de 29 de junho de 1992. Disponível em: <<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docOriginal.aspx?tipo=1&codigo=17153>>. Acesso em: 1º de novembro de 2017.

Resolução Susep nº 14 de 20 de dezembro de 1988. Disponível em: <<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docOriginal.aspx?tipo=1&codigo=17501>>. Acesso em 1º de novembro de 2017.

Resolução Normativa nº 63, de 22 de dezembro de 2003. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NzQ4>>. Acesso em 18 de janeiro de 2018.

RONCALLI, A.G. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. In: PEREIRA, A. C. (org.). Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 28-49.

SALAZAR, A.L.; RODRIGUES, K.; NUNES JÚNIOR, V.S. **Assistência privada à saúde: regulamentação, posição do IDEC e reflexos no sistema público**, 2003.

SANTOS, J. J. **Contabilidade e análise de custos: modelo contábil, Métodos de depreciação, ABC: Custeio Baseado em Atividades, análise atualizada de encargos sociais sobre salários**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

SANTOS, Joel José. **Formação de preço e lucro**. 3ª. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

SANTOS, Roberto Vatan - **Planejamento do Preço de Venda**. Caderno de Estudos, São Paulo, FIECAFI, v.9, n.15, p. 60-74, janeiro/junho 1997.

SARDINHA, J. C. – **Formação de Preço: A Arte do Negócio** – São Paulo: Makron Books, 1995.

SILVA, Jandeson, COSTA, Wênika, SILVA, Sergio, OLIVEIRA, Leônidas. **Gestão de Custos como Ferramenta de Planejamento e Controle: Um Estudo no Jornal Gazeta do Oeste em Mossoró/RN**, 2013.

SOUZA, Renilson Rehem. **Sistema Público de Saúde Brasileiro**, Ministério da Saúde - Brasil, 2002.

SYLOS-LABINI, P. **Oligopólio e Progresso Técnico**, 2ª ed., Rio de Janeiro, 1984.

UFMS. **Regimento Interno do Colegiado do Programa de Assistência à Saúde**. Resolução nº 103, de 15 de setembro de 2014.

UFMS. **Regulamento do Programa de Assistência à Saúde**. Resolução nº 102, de 15 de setembro de 2014.

VIEIRA, E. P. **Custos e Formação do Preço de Venda**. Rio de Janeiro, Editora: Unijuí, 2008.

**ANEXO 1 – Lei 9.656 de 3 de junho de 1998.**

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a 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 ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

- a) custeio de despesas;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo.

§ 5º É vedada às pessoas físicas a operação de plano ou seguro privado de assistência à saúde.

Art. 2º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 3º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 4º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 5º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 6º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 7º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

I - registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980;

II - descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;

III - descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços;

IV - especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;

V - demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;

VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras;

VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.

§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º.

§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.

§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;

b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;

c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;

d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS.

Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:

I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e

II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.

§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.

§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.

§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.

§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial.

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12.

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

VIII - (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS.

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade.

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o **caput**, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS.

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

- a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
- c) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes;

II - quando incluir internação hospitalar:

- a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

g) cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar;

III - quando incluir atendimento obstétrico:

a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção;

IV - quando incluir atendimento odontológico:

a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;

b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;

c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

V - quando fixar períodos de carência:

a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;

b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;

VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

§ 1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação.

§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido.

§ 4º As coberturas a que se referem as alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II deste artigo serão objeto de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, revisados periodicamente, ouvidas as sociedades médicas de especialistas da área, publicados pela ANS.

§ 5º O fornecimento previsto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II deste artigo dar-se-á, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, diretamente ao paciente ou ao seu representante legal, podendo ser realizado de maneira fracionada por ciclo, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica.

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput**, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

I - a recontagem de carências;

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde.

Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o **caput** para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos.

Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:

I - as condições de admissão;

II - o início da vigência;

III - os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames;

IV - as faixas etárias e os percentuais a que alude o *caput* do art. 15;

V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;

VI - os eventos cobertos e excluídos;

VII - o regime, ou tipo de contratação:

a) individual ou familiar;

b) coletivo empresarial; ou

c) coletivo por adesão;

VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;

IX - os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária;

X - a área geográfica de abrangência;

XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias.

XII - número de registro na ANS.

Parágrafo único. A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações.

Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência.

§ 1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o **caput** deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

§ 2º Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o § 1º ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

§ 3º Excetua-se do previsto no § 2º os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:

I - nome da entidade a ser excluída;

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e

IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor.

Art. 17-A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço.

§ 1º São alcançados pelas disposições do caput os profissionais de saúde em prática liberal privada, na qualidade de pessoa física, e os estabelecimentos de saúde, na qualidade de pessoa jurídica, que prestem ou venham a prestar os serviços de assistência à saúde a que aludem os arts. 1º e 35-F desta Lei, no âmbito de planos privados de assistência à saúde.

§ 2º O contrato de que trata o caput deve estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:

I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;

II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;

III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora;

IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão;

V - as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

§ 3º A periodicidade do reajuste de que trata o inciso II do § 2º deste artigo será anual e realizada no prazo improrrogável de 90 (noventa) dias, contado do início de cada ano-calendário.

§ 4º Na hipótese de vencido o prazo previsto no § 3º deste artigo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando for o caso, definirá o índice de reajuste.

§ 5º A ANS poderá constituir, na forma da legislação vigente, câmara técnica com representação proporcional das partes envolvidas para o adequado cumprimento desta Lei.

§ 6º A ANS publicará normas regulamentares sobre o disposto neste artigo.

Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos:

I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou

urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;

III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular.

Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.

§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o **caput**, a partir de 2 de janeiro de 1999.

§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o **caput** deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:

I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;

II - nome fantasia;

III - CNPJ;

IV - endereço;

V - telefone, fax e e-mail; e

VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.

§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:

I - razão social da operadora ou da administradora;

II - CNPJ da operadora ou da administradora;

III - nome do produto;

IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetria, hospitalar sem obstetria, odontológica e referência);

V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);

VI - âmbito geográfico de cobertura;

VII - faixas etárias e respectivos preços;

VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);

IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);

X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.

§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.

§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o **caput**, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.

§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.

§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo.

Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.

§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.

§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1º deste artigo.

Art. 21. É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde realizar quaisquer operações financeiras:

I - com seus diretores e membros dos conselhos administrativos, consultivos, fiscais ou assemelhados, bem como com os respectivos cônjuges e parentes até o segundo grau, inclusive;

II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa.

Art. 22. As operadoras de planos privados de assistência à saúde submeterão suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, publicando, anualmente, o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras determinadas pela

§ 1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.

§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade.

Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.

§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:

I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;

II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou

III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945.

§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.

§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.

§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:

I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;

II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;

III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e

IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.

§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.

§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente.

Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.

§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem

prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.

§ 2º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.

§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.

§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.

§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira.

Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.

§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.

§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o **caput** deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.

§ 3º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:

I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;

II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no § 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.

§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.

§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.

§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade.

Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário.

Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários.

Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS.

Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;

V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras.

VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora.

Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias.

Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19.

Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.

§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:

I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e

II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.

§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterà, necessariamente, as seguintes cláusulas:

I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido;

II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.

§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração

§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo.

§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.

§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.

§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.

§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União.

§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo.

Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.

§ 1º O termo de compromisso referido no **caput** não poderá implicar restrição de direitos do usuário.

§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.

§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art. 29 desta Lei.

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o **caput** será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5º A condição prevista no **caput** deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no **caput** é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30.

§ 3º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º e 4º do art. 30.

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS.

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS.

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II - multa de mora de dez por cento.

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.

§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos.

§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.

§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal.

Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos.

§ 1º O disposto no **caput** não se aplica às entidades de autogestão constituídas sob a forma de fundação, de sindicato ou de associação que, na data da publicação desta Lei, já exerciam outras atividades em conjunto com as relacionadas à assistência à saúde, nos termos dos pertinentes estatutos sociais.

§ 2º As entidades de que trata o § 1º poderão, desde que a hipótese de segregação da finalidade estatutária esteja prevista ou seja assegurada pelo órgão interno competente, constituir filial ou departamento com número do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica sequencial ao da pessoa jurídica principal.

§ 3º As entidades de que trata o § 1º que optarem por proceder de acordo com o previsto no § 2º assegurarão condições para sua adequada segregação patrimonial, administrativa, financeira e contábil.

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.

§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.

§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.

§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.

§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.

§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.

§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.

§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adaptação dos contratos de que trata este artigo.

Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:

I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;

II - aprovar o contrato de gestão da ANS;

III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:

a) aspectos econômico-financeiros;

b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;

c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;

d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;

e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;

V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU.

Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:

I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;

II - da Saúde;

III - da Fazenda;

IV - da Justiça; e

V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.

§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, **ad referendum** dos demais membros.

§ 2º Quando deliberar **ad referendum** do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.

§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.

§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.

§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.

§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.

§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU.

Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

III - de planejamento familiar.

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35.

Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei.

Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:

I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;

II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;

III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;

IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.

§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de

outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:

I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;

II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;

III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;

IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;

V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.

§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.

§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo.

Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes.

Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990.

Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em consequência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia.

Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica.

Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais.

Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma,

gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.

Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS.

Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores.

Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

*Renan Calheiros*

*Pedro Malan*

*Waldeck Ornélas*

*José Serra*

## ANEXO 2

Mutualismo – “A mutualidade é a forma de estabelecer a participação de cada um na responsabilidade consequente da realização do acontecimento previsto que atinge um elemento do grupo” (FREIRE, 1969, apud FIGUEIREDO, 1997, p. 18)

Risco – “Condição em que perdas são possíveis” (FIGUEIREDO, 1997, p. 19)

Segurador – “Aquele que assume a responsabilidade de determinados riscos mediante o pagamento antecipado de um prêmio estipulado” (SANTOS, 1959, p. 54, apud FIGUEIREDO, 1997, p. 21)

Segurado – “Pessoa em relação à qual o segurado assume a responsabilidade de determinados riscos” (SANTOS, 1959, p. 51, apud FIGUEIREDO, 1997, p. 23)

Prêmio – “Preço pago pelo segurado” (FIGUEIREDO, 1997, p. 25)

Indenização – “Obrigação do segurador sobre o prejuízo verificado por ocasião da ocorrência do risco, observadas as condições contratuais” (FIGUEIREDO, 1997, p. 27)

Contrato – “Mútuo consenso de duas ou mais pessoas sobre o mesmo objeto” (FIGUEIREDO, 1997, p. 27)

Cosseguro – “Distribuição de um seguro entre duas ou mais seguradoras; técnica de pulverização de responsabilidades” (FIGUEIREDO, 1997, p. 34)

Resseguro – “Transferência parcial a outrem do risco assumido. Transferência do excesso de responsabilidade que ultrapasse ao limite do segurador de capacidade de indenizar” (FIGUEIREDO, 1997, p. 36)