

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Denis Peixoto Nunes

**TABELA DE MENSALIDADES MÍNIMAS EM SUBSTITUIÇÃO
AO MODELO DE CUSTEIO SOBRE A FOLHA SALARIAL:
ASPECTOS FINANCEIROS E ATUARIAIS EM UMA EMPRESA DE
AUTOGESTÃO EM SAÚDE**

Porto Alegre

2009

Denis Peixoto Nunes

**TABELA DE MENSALIDADES MÍNIMAS EM SUBSTITUIÇÃO
AO MODELO DE CUSTEIO SOBRE A FOLHA SALARIAL:
ASPECTOS FINANCEIROS E ATUARIAIS EM UMA EMPRESA DE
AUTOGESTÃO EM SAÚDE**

Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Gestão em Saúde, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre

2009

Denis Peixoto Nunes

**TABELA DE MENSALIDADES MÍNIMAS EM SUBSTITUIÇÃO
AO MODELO DE CUSTEIO SOBRE A FOLHA SALARIAL:
ASPECTOS FINANCEIROS E ATUARIAIS EM UMA EMPRESA DE
AUTOGESTÃO EM SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Gestão em Saúde apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde submetido à avaliação da Banca Examinadora.

Conceito final: _____

Aprovado em de de

Prof. Dr. - Instituição

Prof. Dr. - Instituição

Prof. Dr. - Instituição

Orientador - Prof. Dr. Ronaldo Bordin - UFRGS

RESUMO

O equilíbrio financeiro e atuarial de uma Operadora de Planos de Saúde (OPS), inclusive das que operam na modalidade de Autogestão, está diretamente relacionado ao modelo de custeio adotado. Durante toda a história das autogestões a busca pelo financiamento da assistência através de uma contrapartida de receita foi uma constante, mas foi com a regulamentação da saúde suplementar que as OPS passaram pelas mudanças mais significativas e alguns critérios mínimos foram estabelecidos. Esse trabalho analisa, tanto sob a ótica financeira quanto atuarial, o Plano Saúde Modelo, operado pela Autogestão Modelo e que tem seu custeio baseado em contribuições atreladas à folha salarial. Este tipo de financiamento não proporciona uma correlação entre receitas e despesas, o que dificulta a operação do plano. Por conta disto, o estudo trata da substituição do atual modelo por outro que utilize ferramentas atuariais e estatística e que, com base no histórico de utilização do próprio plano, permitam mecanismos de previsibilidade. O novo modelo de custeio proposto baseia-se em uma tabela de mensalidades mínimas em dez faixas etárias, obedecendo aos critérios existentes na legislação correlacionada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Para o cálculo destas mensalidades foram utilizados critérios estatísticos e atuariais os quais tomaram como base as experiências e premissas do próprio plano. A situação atual do plano foi analisada e, com base nos resultados, foram realizadas projeções de receitas e recomendações para sua operação.

Palavras-chave: Modelos Econométricos, Administração e Planejamento em Saúde, Assistência à Saúde, Seguro Saúde, Administração Pública, Avaliação Atuarial

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmide Etária - Titulares.....	44
Figura 2 – Pirâmide Etária - Dependentes	44
Figura 3 – Pirâmide Etária – Titulares e Dependentes.....	45
Figura 4 - Tamanho da família brasileira.....	47
Figura 5 - Distribuição das despesas por Regime de Atendimento.....	51
Figura 6 - Distribuição das despesas por Classe de Despesas	53
Figura 7 - Despesas por faixa etária	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características básicas do Plano Saúde Modelo	14
Quadro 2 – Comparativo de Indicadores.....	57
Quadro 3 – Variação referência por faixa etária.....	64
Quadro 4 – Valores do Fator de Ajuste por faixa etária	66
Quadro 5 - Mensalidades finais mínimas alinhadas, com respectivas variações entre faixas etárias	66
Quadro 6 – Variação entre faixas, conforme exigência legal	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Evolução da média do número de expostos dos últimos doze meses (M_1 a M_{12}).....	42
Tabela 2 - Distribuição da quantidade de funcionários e dependentes por Titularidade e por Gênero	43
Tabela 3 - Distribuição da quantidade de funcionários e dependentes por Faixa etária, Titularidade e Gênero.....	43
Tabela 4 – Total, percentual e percentual acumulado de beneficiários por faixa etária	45
Tabela 5 – Quantidade de Dependentes por Titular e Grupo Familiar Médio por Faixa etária	46
Tabela 6 – Estatística descritiva dos salários.....	48
Tabela 7 – Salário médio por gênero	48
Tabela 8 - Folha salarial atual, salário total, médio e arrecadação, por faixa etária..	48
Tabela 9 - Distribuição beneficiários por faixa salarial	49
Tabela 10 – Distribuição das despesas por regime de Atendimento.....	51
Tabela 11 – Comparativo da concentração de gastos por regime de assistência - Autogestões	52
Tabela 12 - Distribuição das despesas por Classe de Despesas.....	52
Tabela 13 – Tabela cruzada de Regime de Atendimento e Classe de Despesas.....	53
Tabela 14 – Despesas anuais por faixa etária	54
Tabela 15 – Despesas por faixa etária e por regime de atendimento	55
Tabela 16 – Despesas por faixa etária e por classe de despesas	55
Tabela 17 – Prêmio de Risco por faixa etária, conforme Despesas e Expostos dos últimos doze meses.	58

Tabela 18 - Prêmio Puro por faixa etária.....	59
Tabela 19 – Comparativo entre Prêmios e Margens de Segurança.....	60
Tabela 20 - Prêmio Comercial por faixa etária	62
Tabela 21 – Prêmios de Risco, Puro e Comercial.....	62
Tabela 22 – Comparativo de margens entre os prêmios calculados.....	63
Tabela 23 – Projeção de receitas mensais considerando tabela por faixa etária.....	67
Tabela 24 – Projeção de receitas anuais considerando tabela por faixa etária	68

SUMÁRIO

RESUMO.....	4
LISTA DE FIGURAS	5
LISTA DE QUADROS.....	6
LISTA DE TABELAS	7
1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	10
2 REVISÃO TEÓRICA.....	17
2.1 A LEI 9656/98	17
2.2 REGIMES OU TIPOS DE CONTRATAÇÃO	18
2.3 TIPOS DE OPERADORAS	19
2.4 CARACTERIZAÇÃO DE UM PLANO DE SAÚDE	23
2.5 FORMAÇÃO DO PREÇO DE UM PLANO DE SAÚDE	25
3 OBJETIVOS.....	30
3.1 OBJETIVO GERAL	30
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
4 METODOLOGIA E CRITÉRIOS TÉCNICOS.....	32
4.1 PREMISSAS E HIPÓTESES.....	32
4.2 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO PLANO NA DATA DO CÁLCULO	33
4.3 CÁLCULO DOS PRÊMIOS (MENSALIDADES).....	34
4.3.1 Cálculo do Prêmio de Risco.....	35
4.3.2 Cálculo do Prêmio Puro	36
4.3.3 Cálculo do Prêmio Comercial	39
4.4 PROJEÇÕES	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	42
5.1 ANÁLISE DO PERFIL BIOMÉTRICO E DEMOGRÁFICO	42
5.2 ANÁLISE DO PERFIL SALARIAL.....	47
5.3 ANÁLISE DO PERFIL DAS DESPESAS.....	50
5.3.1 Despesas do período.....	51
5.3.2 Estatísticas e indicadores de utilização.....	55
5.4 PRÊMIO ESTATÍSTICO OU DE RISCO	58
5.5 PRÊMIO PURO	59

5.6	PRÊMIO COMERCIAL.....	60
5.6.1	Alinhamento do Prêmio Comercial.....	63
5.7	PROJEÇÕES	67
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
6.1	ASPECTOS IMPORTANTES SOBRE OS MODELOS DE CUSTEIO	69
6.2	RECOMENDAÇÕES PARA A OPERAÇÃO DO PLANO.....	71
6.3	CONCLUSÃO	74
	REFERÊNCIAS.....	76
	ANEXO A – PERFIL SALARIAL E DE TITULARIDADE	79
	ANEXO B – TEORIA DO RISCO COLETIVO – CÁLCULOS.....	84
	ANEXO C – CO-PARTICIPAÇÃO – CÁLCULOS	96
	ANEXO D – PESQUISA MERCER SAÚDE 2004.....	97

1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Pode-se considerar que a história das empresas de autogestão em saúde começa na década de 20, a partir da Lei Eloy Chaves (Decreto nº. 4.682 - de 24 de janeiro de 1923 - DOU 28/01/1923), que instituiu o sistema de Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) para os empregados das empresas de estrada de ferro existentes no Brasil na época. A lei discorria sobre o direito à aposentadoria, pensão e também dava sobre garantias relativas ao socorro médico para titulares e dependentes econômicos (UNIDAS, 2005)

Já nesta época havia preocupação com o sistema de custeio desta assistência, sendo este previsto na lei e composto por contribuições funcionais, patronais e governamentais. Segundo rezava a legislação, os fundos arrecadados para a Caixa somente poderiam ser utilizados para os propósitos determinados por esta.

A partir de 1930 as Caixas de Aposentadorias e Pensões foram ao longo da década sendo substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), que tratavam diretamente sobre a questão previdenciária no país, abrangendo diversas categorias profissionais. O marco legal desta mudança foi principalmente o Decreto nº 19.433, de 26 de novembro de 1930.

Os critérios para concessão de aposentadorias e pensões, por conta destas mudanças, passaram a ser mais rígidos, culminando em contenções de recursos financeiros aos serviços ambulatoriais, hospitalares e farmacêuticos, sendo o poder de negociação das categorias profissionais o fator determinante da cobertura assistencial das mesmas (UNIDAS, 2005).

Em 1945 acontecem algumas mudanças legislativas, dentre as quais a que veio a aumentar a abrangência da cobertura assistencial para os aposentados e pensionistas, não cobertos anteriormente. Outro fator foi o aumento do teto de gastos em saúde dos IAP, que passou de 8% para 12% da receita anual. Além

deste, afirmando o fato de que é necessária a contrapartida financeira num aumento de cobertura assistencial, em 1954 é criado o Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensões. Conforme UNIDAS (2005), este regulamento uniformizava a abrangência de atribuições e benefícios e aumentava a assistência na prestação de serviços médicos de acordo com a capacidade financeira do IAP e da estrutura local para a assistência. O financiamento deste sistema, a priori, era realizado pela contribuição funcional e patronal de 8% do salário do empregado, acrescido de uma parte a cargo do Estado. Surge em 1960 a Lei 3807/60, visando uniformizar os benefícios e serviços dos IAP. Esta lei, também conhecida como Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), garantia, dentre outros direitos, os de auxílio-doença e assistência médica. Em 1966, acontece a reforma previdenciária, com a fusão de cinco dos seis IAP existentes, formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A partir desta fusão o INPS passa a ser o responsável pela assistência médica de todos os trabalhadores formais, sendo esta assistência estendida também para aquela parte da população até então não assistidas, tais como: domésticas, empregados rurais, e autônomos. A contribuição foi mantida no mesmo patamar funcional e patronal, de 8% do salário.

Entretanto, a ampliação da cobertura da assistência não teve a contrapartida necessária, pois estas pessoas, que já não tinham como contribuir, passaram a ter direito à mesma assistência dos contribuintes. Para suprir esta demanda, o sistema privado passou a ser financiado por fundos públicos, como as loterias federal e esportiva, e por saldos operacionais da Caixa Econômica Federal (CEF). Esta situação ilustra os problemas que podem advir da falha no fluxo de capital de contribuições versus indenizações. Um problema ainda presente na assistência suplementar e que será um abordado neste estudo.

Na década de 1970, o INPS foi desdobrado em três institutos: Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o próprio INPS. A partir daí o INPS investe em convênios com indústrias e comércio (convênio-empresa), onde o trabalhador e dependentes tinham o direito de serem atendidos pelos prestadores credenciados. A forma de remuneração aos prestadores era um valor *per capita*, independente do tipo de procedimento.

O primeiro convênio-empresa foi assinado em 1964 com a Volkswagen e, no que diz respeito ao custeio deste convênio, o Decreto-Lei nº. 73, de 1966, determinou a modalidade de pré-pagamento. Este decreto dispunha sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, bem como a regulação das operações de seguros e resseguros. Dentre os seguros abrangidos pelo decreto, estava o Seguro Saúde, sendo regulamentado em aspectos de cobertura, franquias, livre-escolha e tabelas de honorários.

Nesta mesma época, as montadoras de veículos do ABC paulista buscavam melhoria de atendimento para seus empregados, resultando na organização dos primeiros grupos médicos a oferecer planos de saúde. Neste mesmo ano, 80 empresas médicas já formavam a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) (UNIDAS, 2005).

Em 1977, a Lei nº. 6435, que dispunha sobre Previdência Privada, permitiu a utilização de recursos dos fundos de pensão para o custeio de assistência à saúde.

O convênio-empresa começa a diminuir em 1979 e é neste momento que começa a ser moldado o modelo de autogestão em saúde mais próximo do que se conhece hoje. Isto porque muitas empresas começam a assumir a responsabilidade da oferta de assistência à saúde para seus funcionários, onde algumas investiram na formatação de serviços próprios e, outras, na terceirização da assistência.

Esta desaceleração do convênio com o INPS, a bem da verdade, foi determinante para o crescimento das empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas, seguros-saúde e dos serviços próprios das empresas. A demanda por saúde supletiva aumentava.

É justamente na década de 1980 que a assistência médica na empresa tem seu crescimento acelerado, como forma de suprir a deficiência da saúde pública. Até a década de 1990, a existência desta assistência era fator de atratividade e manutenção de um quadro funcional qualificado nas empresas.

A partir de 1988, a Constituição Federal estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS), pregando sua universalidade, integralidade e gratuidade. A Lei 8080/90, instituidora do Sistema Único de Saúde (SUS) coloca em seu artigo 21 a assistência à saúde livre à iniciativa privada, bem como a Constituição Federal em seu artigo 199:

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Apesar destas garantias, somente em 1998, e após sete anos de discussões e projetos apresentados na Câmara e no Senado Federal, foi através da Lei 9656/98 que a saúde suplementar começou a ser encarada como relevante no âmbito nacional. Além desta, o marco legal é também formado pela lei de criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a Lei 9961/00. Foi a partir daí que um único documento tenta regulamentar os diferentes segmentos de medicina supletiva até então existentes no país.

Segundo Vendramini (2001), a legislação tornou os planos mais homogêneos e facilmente comparáveis. Porém este mesmo arcabouço legal, ao permitir tal alinhamento, deixou nas mãos dos gestores das OPS a missão de controlar seus números com o intuito de cumprir a determinação da lei e, ao mesmo tempo, garantir a sustentabilidade da empresa.

Por força de lei, os planos privados de assistência à saúde são operados por pessoa jurídica constituída por modalidade de sociedade civil ou comercial. Dentre estas empresas figura a Autogestão, em especial a Autogestão Modelo, objeto de estudo do presente trabalho. E esta, como as demais autogestões, herdou de suas origens (que remetem o ano de 1923, como já visto) a incessante busca do equilíbrio entre receitas e despesas, ou seja, do modelo de custeio capaz de dar sustentabilidade à sua operação.

A Autogestão Modelo opera o Plano Saúde Modelo, que de forma geral possui as seguintes características:

Item	Descrição
■ Área de abrangência	■ Nacional
■ Acesso aos recursos	■ Rede credenciada, Serviços Próprios e livre escolha em caso de urgência e emergência ou não havendo prestador credenciado.
■ Elegibilidade	<ul style="list-style-type: none"> ■ Empregados ativos ■ Cônjuge ■ Filhos até 21 anos
■ Acomodação	■ Apartamento individual com banheiro privativo e acomodação para um acompanhante
■ Coberturas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atendimentos em ambulatório, consultório, pronto-socorro; ■ Atendimentos hospitalares e domiciliares ■ Consultas médicas, exames complementares, terapias e tratamentos especializados; ■ Remoções em ambulância ou UTI terrestre ou aérea, de um estabelecimento para outro e em âmbito nacional; Novas coberturas: <ul style="list-style-type: none"> ■ Psicoterapia; ■ Cirurgia refrativa; ■ Reeducação Postural Global

Quadro 1 – Características básicas do Plano Saúde Modelo

Atualmente, o plano é custeado pela contribuição dos funcionários, a base de 3% do salário, acrescido da contribuição da Autogestão Modelo, equivalente ao necessário para complementar a diferença entre as despesas básicas do plano e a receita obtida com a contribuição funcional. Isto significa que, a cada mês, são somados os montantes das contribuições funcionais, com a finalidade de pagamento das despesas com saúde dos empregados e dependentes. Caso exista a necessidade (e, via de regra, há) de complementação, esta é feita pela Autogestão.

Por mais estável que possa ser a contribuição funcional, esta imprevisibilidade acerca da parcela que cabe à Autogestão acarreta dificuldades de projeção de fluxos de caixa, impossibilitando a constituição de lastros financeiros. Não existe nenhum mecanismo de previsibilidade de despesas, seja atuarial ou estatístico, que leve em conta o perfil biométrico, demográfico, financeiro e/ou econômico da população assistida.

O Plano Saúde Modelo está sujeito aos aspectos jurídicos, administrativos, econômicos e técnicos (VENDRAMINI, 2001) inerentes ao mercado de saúde suplementar de forma geral e também às especificidades que concernem às autogestões. Juridicamente, o plano tem características próprias de coberturas, limites, carências e outras obrigações determinadas pela ANS.

A Autogestão Modelo tem que levar em conta também a forma de sua administração, preocupando-se com as despesas não assistenciais, tais como: despesas administrativas, margem de resultado, reservas e provisões contábeis, ressarcimento ao SUS, forma de acesso aos serviços cobertos (rede credenciada, serviços próprios e livre escolha).

Quando se trata de aspectos econômicos, muitas são as variáveis que afetam diretamente na operação do plano. Porém, a maior característica destes aspectos é serem exógenos ao modelo, ou seja, a operadora tem pouca ou nenhuma influência sobre seu comportamento. São exemplos: inflação, taxa de câmbio, crescimento econômico do país, inflação médica (ou inflação da saúde), dentre outros.

Do ponto de vista técnico relacionado à modelagem do custeio do plano, existem variáveis mais ou menos controláveis e/ou previsíveis que influenciam de forma direta na precificação. Como exemplo, pode-se citar as questões das faixas etárias, pois é sabido que os gastos com saúde tendem a aumentar conforme a idade dos beneficiários. Porém, a ANS determina uma série de regras que estabelecem limites para algumas modalidades de planos, como: a quantidade de faixas possíveis e respectivas variações máximas e mínimas entre estas. Podem ser citadas também as questões relativas aos mecanismos de co-responsabilidade, como co-participação e franquias, que também são conhecidos como fator moderador. Outros itens técnicos que tem participação importante no valor mínimo necessário para o custeio de um plano de saúde são: amplitude da cobertura e abrangência geográfica. Estes itens estão intimamente ligados aos aspectos relativos à rede prestadora de serviços de saúde. Existem ainda algumas questões que apesar de não influenciarem diretamente no custeio da assistência, impactam de forma importante nas operadoras que têm esta obrigação a cumprir: a constituição de provisões e reservas técnicas determinadas por lei.

Durante a evolução dos modelos que buscaram garantir a saúde suplementar, sempre houve a preocupação com custeio e financiamento. Porém, na legislação

atual, as empresas que operam planos de saúde estão sob algumas exigências legais. O grande desafio é descobrir qual o desenho de custeio que melhor se adapte à realidade de cada operadora, garantindo a solvência do plano e possibilitando mecanismos de previsibilidade de despesas. Neste contexto, o sistema de financiamento do Plano Saúde Modelo, operado pela Autogestão Modelo, não atende às questões expostas. Tendo esta situação como mote, a pretensão do presente trabalho é responder à questão:

Quais os valores de mensalidades mínimas de uma tabela em dez faixas etárias, segundo preconizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que em substituição ao atual modelo de custeio sobre a folha salarial garanta os aspectos econômicos e atuariais do Plano Saúde Modelo, em regime de Autogestão, para um período de doze meses contados da data do cálculo?

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 A LEI 9656/98

A Lei 9565/98, regulamentadora do “Mercado de Saúde Suplementar”, foi sancionada em 03 de junho de 1998, após uma série de discussões e projetos apresentados na Câmara e no Senado Federal que perduraram sete anos.

Em função da Lei, os critérios de entrada, funcionamento e saída de operação das empresas do setor começaram a ser estabelecidos. Padrões de cobertura assistencial, exigências para as operadoras de garantias financeiras e outros aspectos também eram parte da legislação.

A Lei entrou em vigor noventa dias após sua publicação. No dia seguinte à sua sanção, teve alguns dispositivos alterados através da primeira medida provisória. Este mecanismo de medida provisória tem força de lei e é garantido pela Constituição Federal, sendo utilizado pelo Presidente da República em casos urgentes e relevantes.

Até setembro de 2001, estas medidas possuíam validade de trinta dias, após os quais perdiam sua validade (CUNHA; MARIMON, 2005). Entretanto, a norma constitucional permitia sua reedição sem limites, nos casos em que o Congresso não a apreciasse e tornasse em lei no prazo de trinta dias. Desta forma, antes de o prazo expirar, a medida era reeditada.

A Emenda Constitucional nº. 32, de 11 de setembro de 2001, alterou este prazo de validade para 60 dias, limitando a prorrogação em apenas uma vez, por mais 60 dias.

Estes dispositivos constitucionais possibilitaram que a Lei 9656/98 fosse alterada várias vezes, através de 45 medidas provisórias, sendo a mais atual a de nº. 2177-44, de 24/08/2001.

A Lei 9656/98, além da preocupação com o aumento da segurança jurídica (NETTO, 2001), trouxe também grandes avanços nas questões técnicas relacionadas ao mercado de saúde suplementar. Tal lei veio a padronizar um mercado até então sem critérios definidos, onde qualquer pessoa poderia, anteriormente a esta legislação, abrir uma empresa e comercializar planos de saúde. Apenas as operações com Seguro Saúde estavam subordinadas à regulamentação, através do Decreto-lei 73, de 21 de novembro de 1966 (UNIDAS, 2005).

Atualmente, o inciso II do artigo 1º da Lei 9656/98 limita a operação de planos de saúde à pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão. Os critérios de entrada e saída, funcionamento e padrões de coberturas dos produtos operados pelas empresas do setor, passaram a ficar sob a égide da regulamentação da saúde suplementar.

A legislação reguladora do setor surge com aspectos inovadores acerca deste mercado até então à deriva, as quais serão tratadas a seguir.

2.2 REGIMES OU TIPOS DE CONTRATAÇÃO

Já no primeiro artigo da Lei 9656/98, especificamente em seu inciso I, é dada a definição de Plano Privado de Assistência à Saúde:

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;

O artigo 16 da mesma lei, em seu inciso VI, admite apenas três tipos de contratação entre as operadoras e respectivos consumidores dos produtos a estes ofertados: os firmados com pessoas físicas, denominados Individuais ou Familiares, ou com pessoas jurídicas, chamados Coletivo Empresarial e Coletivo por Adesão.

Os planos individuais ou familiares (no jargão do mercado: “planos de balcão” ou “planos de mercado”) são aqueles oferecido livremente às pessoas físicas, com ou sem dependentes. Já os planos coletivos empresariais cobrem a totalidade de uma população de pessoas vinculadas a uma pessoa jurídica. A principal característica deste plano é a adesão automática das pessoas ao plano no momento em que se vinculam à pessoa jurídica contratante. Os planos coletivos por adesão, por sua vez, têm a mesma filosofia dos coletivos empresariais, no que diz respeito à cobertura de pessoas físicas vinculadas a uma mesma pessoa jurídica; porém, diferem pelo fato de a adesão ao plano ser facultativa. Entidades de autogestão operam seus planos nas modalidades de planos coletivos.

2.3 TIPOS DE OPERADORAS

A definição de Operadora de planos de Saúde (OPS) é dada no artigo 1º, inciso II da Lei 9656/98:

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;

A regulamentação que trata especificamente sobre definição, tipo de atenção, segmentação e classificação das OPS é a Resolução - RDC nº. 39, de 27 de outubro de 2000, que traz em seu artigo 1º:

Art. 1º Definem-se como Operadoras de Planos de Assistência à Saúde as empresas e entidades que operam, no mercado de saúde suplementar, planos de assistência à saúde, conforme disposto na Lei n.º 9.656, de 1998.

Parágrafo único. Para efeito desta Resolução, define-se operar como sendo as atividades de administração, comercialização ou disponibilização dos planos de que trata o caput deste artigo.

No que tange o tipo de atenção das Operadoras de Planos de Saúde (OPS), estes são classificadas em médico-hospitalares e odontológicos, conforme o artigo 2º da RDC 39/00. Existe também nesta resolução uma classificação de acordo com o perfil de gastos das operadoras, que leva em conta a composição das despesas em serviços hospitalares em sua rede própria (Capítulo III, Artigos 4º e 5º). Porém, em termos da segmentação da qual trata este capítulo da RDC, para o presente estudo, o que interessa é ao que diz respeito especificamente sobre autogestões:

Art. 6º As autogestões, definidas no art. 14 desta Resolução, segmentam-se em:

I patrocinadas: entidade de autogestão ou empresa que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabiliza-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, e que possuam gestão própria; ou

II não patrocinadas: são as entidades de autogestão que não se classificam como patrocinada, conforme definido no inciso anterior.

De forma genérica, o artigo 8º da Lei 9656/98 dispõe sobre os quesitos a serem satisfeitos pelas empresas que pretendem operar planos de saúde. A Resolução Normativa - RN nº. 100/05 estabelece de forma mais detalhada os normativos para a concessão desta autorização.

Em se tratando de classificação, todas as Operadoras de Planos de Saúde (OPS) deverão se enquadrar em alguma das modalidades constantes no Capítulo IV da RDC 39/00, conforme detalhado a seguir.

a) Administradora

São as empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, sem assumir o risco da operação destes, sendo financiadas por operadoras. Caracterizam-se também por não possuir rede própria credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares e/ou odontológicos.

b) Cooperativa Médica

Conforme consta na RDC, são as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e que são constituídas

conforme a Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, a qual, dentre outros aspectos, define a Política Nacional de Cooperativismo e institui o regime jurídico das sociedades cooperativas. Segundo consta em UNIDAS (2005), nessa modalidade os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviço, e recebem seu pagamento com base em sua produtividade e também no superávit geral da cooperativa. A Unimed é a entidade mais representativa desta modalidade, e organiza-se por unidades municipais, com ampla autonomia, com vínculos à federações e estas, por sua vez, à uma confederação nacional (UNIDAS, 2005).

c) Cooperativa Odontológica

Segue a mesma linha da cooperativa médica, ou seja, sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme a na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971. A diferença é a natureza dos serviços e respectivos prestadores.

d) Autogestão

Na definição legal do artigo 14 da RDC 39/00:

[...] são as entidades que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados.

A autogestão é a modalidade através da qual as empresas administram seus programas assistenciais aos respectivos empregados, podendo, também, terceirizar a administração destes programas (UNIDAS, 2005). São entidades sem fins lucrativos e o custeio do plano pode ser feito de modo integral pela empresa ou dividido com o empregado. A contribuição é geralmente descontada em folha e proporcional ao salário. Existem casos também em que é adotada uma tabela de faixa etária onde a empresa custeia um determinado percentual e o funcionário o restante. Quando a modalidade escolhida é esta, via de regra, a parte funcional é limitada a um percentual de seu salário. É a modalidade dominante nas empresas estatais e órgãos da administração pública (UNIDAS, 2005).

A Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (ABRASPE) e o Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS) eram, até 2002, as entidades representativas deste segmento de operadoras. A partir desse ano, tais entidades uniram-se e hoje formam a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS), possuindo abrangência nacional e representada em todos os estados (UNIDAS, 2005).

A empresa tema deste estudo opera na modalidade de autogestão.

e) Medicina de Grupo

Com sua definição regida pelo artigo 15 da RDC 39/00, Medicina de Grupo são as empresas ou entidades com fins lucrativos, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, excetuando-se aquelas classificadas como Administradora, Cooperativa Médica, Autogestão e Filantropia. O usuário pessoa física ou jurídica vincula-se ao plano mediante pré-pagamento, tendo direito à cobertura assistencial na rede que é, via de regra, terceirizada. As empresas desta modalidade congregam-se em torno da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge) e do Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo (Conamge).

f) Odontologia de Grupo

Na definição literal do artigo 16 da RDC 39/00:

Classificam-se na modalidade de odontologia de grupo as empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade contida na Seção III desta Resolução.

O seja, empresas ou entidades que não são classificadas como Cooperativa Odontológica.

g) Filantropia

Seguindo a ordem de classificação da legislação pertinente, a última modalidade a ser apresentada é a filantropia, a qual caracteriza-se por ser entidades sem fins lucrativos e que obtiveram certificado de entidade filantrópica do Conselho

Nacional de Assistência Social (CNAS) e de declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais. São, conforme UNIDAS (2005), os planos normalmente comercializados pelas Santas Casas.

2.4 CARACTERIZAÇÃO DE UM PLANO DE SAÚDE

Além dos aspectos até aqui abordados, como os tipos de contratação e os tipos de operadora, um plano de saúde também é definido por algumas outras características. A segmentação assistencial é um destes itens e significa a combinação de coberturas de procedimentos que compõem o plano de saúde. As coberturas que devem ser minimamente garantidas por um plano de saúde para que este possa ser operacionalizado são divididas em alguns grupos, quais sejam:

- Ambulatorial;
- Hospitalar;
- Obstetrícia;
- Odontológica.

Estão compreendidos dentro da segmentação ambulatorial os procedimentos realizados em ambulatório ou consultório, sem a necessidade de o paciente permanecer internado por período superior a doze horas. São procedimentos como consultas, exames, terapias, pequenas cirurgias e atendimentos de urgência e emergência.

A cobertura hospitalar, por sua vez, prevê os atendimentos em unidade hospitalar onde o paciente tenha a necessidade de permanecer internado. Aqui podem ser incluídas as internações para tratamento clínico e/ou cirúrgico sem limite de prazo, bem como todos os demais serviços inerentes e necessários para tais.

Um plano de saúde que possua a cobertura para obstetrícia incluirá, além da cobertura oferecida por um plano hospitalar, todos os procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e assistência ao recém-nascido, durante os primeiros trinta dias após o parto.

Em se tratando de cobertura de odontologia, o plano deverá cobrir consultas e exames da especialidade, procedimentos preventivos, de dentística, endodontia e também cirurgias orais menores.

Dados os tipos de cobertura anteriores, a lei permite que as OPS comercializem planos que utilizem de forma individual ou combinada, conforme segue:

- Ambulatorial;
- Hospitalar sem Obstetrícia;
- Hospitalar com Obstetrícia;
- Odontológico;
- Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia;
- Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
- Ambulatorial + Odontológico;
- Hospitalar sem Obstetrícia + Odontológico;
- Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico;
- Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia + Odontológico;
- Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico;

Além destas possibilidades de combinação, o artigo 12 da Lei 9656/98 cria o chamado plano Referência, que possui a cobertura Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, com o padrão de acomodação em enfermaria. Cabe ressaltar que as autogestões estão desobrigadas de seguir este item legal.

A abrangência geográfica é outro item que faz parte dos atributos que caracterizam um plano de saúde e corresponde aos limites geográficos em que a OPS oferece os atendimentos aos seus beneficiários. Assim, a área de abrangência é do plano, e não da operadora, podendo uma mesma operadora dispor de diversos planos com áreas de cobertura diferentes (CUNHA; MARIMON, 2005). A área de abrangência deverá ter disponibilidade de atendimentos para garantir a cobertura

mínima do plano contratado. Existem cinco áreas de cobertura previstas em lei (RN 100/2005), a saber:

- Nacional: em todo o território nacional;
- Estadual: em todos os municípios do Estado;
- Grupo de Estados: em todos os municípios de pelo menos dois Estados limítrofes ou não, não atingindo a cobertura nacional;
- Municipal: em um município;
- Grupo de Municípios: em mais de um e até 50% dos municípios do Estado. Admite-se o agrupamento de município de Estados limítrofes, desde que observado o limite de 50% dos municípios em cada um deles.

A área de atuação é item exigido quando do registro de um plano e, justamente por isso, também é uma forma de caracterizar das características. Significa a área de comercialização do plano de saúde operado pela empresa e segue o que consta na RDC 77/2001.

Os planos hospitalares, com ou sem obstetrícia, devem prever o padrão de acomodação em internação, o qual poderá ser individual (também chamado de privativo), ou coletivo (enfermaria ou semi-privativo).

A rede de serviços hospitalares de um plano é também fator que o diferencia dos demais. Quando da ocasião do registro de um plano, a OPS é obrigada a informar uma série de dados cadastrais e de dimensionamento de sua rede (própria ou credenciada).

2.5 FORMAÇÃO DO PREÇO DE UM PLANO DE SAÚDE

Um plano de saúde, na forma e definição da Lei 9656/98, possui características de um seguro e assim pode ser tratado no que diz respeito à sua

precificação. Para que isto seja de claro entendimento, se faz necessário o conhecimento de alguns conceitos da área securitária.

A definição de Seguro, conforme Manes (1930): “o seguro é o mútuo auxílio financeiro em caso de possíveis e fortuitas necessidades, avaliáveis num grande número de existências econômicas ameaçadas de análogos perigos”.

Já Hémard (1924), o definiu como sendo:

“[...] uma operação pela qual uma das partes, o segurado, obtém da outra parte, o segurador, mediante o pagamento de uma remuneração, o prêmio, em seu favor ou no de terceiro, no caso de se verificar o risco, uma prestação com que o segurador, fazendo uso do conjunto de riscos, indenizar-lhe-á de acordo com as leis da estatística”.

O risco, sobre o qual tratam as definições, pode ser definido como sendo o acontecimento possível, futuro e incerto a respeito de sua materialização e do momento desta, independente da vontade tanto do segurado quanto do segurador. O risco, para que seja segurável, além de ser causador de prejuízos de ordem econômica quando materializado, deverá ser necessariamente mensurável quanto à sua frequência e dano médio produzido (FERREIRA, 1985).

Uma definição mais atual do seguro diz que este é uma instituição econômica que tem por objetivo repor o patrimônio ou nível de receita dos segurados, na medida em que estes são acometidos por riscos independentes de sua vontade (DIRUBE, 1991). Segundo o autor, esta reposição de capital é fruto da acumulação financeira por parte do segurador, oriunda dos prêmios pagos pelos seus segurados, cujo cálculo é baseado na estatística da ocorrência do risco em questão. É a transformação do risco individual em incerteza coletiva.

O cálculo científico do valor do prêmio de um seguro teve como grande influência o desenvolvimento matemático, principalmente a partir do século XVII, com os trabalhos de Blaise Pascal sobre cálculos probabilísticos, seguido pelos trabalhos de Bernoulli, Poisson, Gauss e outros desenvolvedores da estatística (DIRUBE, 1991).

Entretanto, segundo afirma Dirube (1991), foi o Marquês de Laplace quem deu a base de sustentação do seguro moderno a prêmio fixo ao formular a “Lei dos Grandes Números”, a qual afirma que fatos irregulares e aparentemente aleatórios revelam uma constante estatística no seu comportamento quando se observa sua ocorrência em grandes conjuntos durante longos períodos.

A partir da rápida visão histórica e apesar das definições supracitadas terem sido elaboradas há várias décadas atrás, não é difícil identificar os elementos comuns aos planos de saúde da atualidade. O risco é a base do seguro e, num plano de saúde, o risco em questão é o de a pessoa adoecer e/ou vir a utilizar os serviços cobertos por seu plano. A garantia financeira para a cobertura dos eventos é oriunda do pagamento do prêmio ou, no caso de planos de saúde, das mensalidades pagas pelos beneficiários.

A legislação atual tem preocupação com a correta precificação dos planos existentes, tecnicamente embasada em critérios atuariais e estatísticos. Isto pode ser comprovado através da Resolução RDC Nº. 28, de 26 de junho 2000, onde consta:

“Considerando que o acompanhamento permanente das práticas de formação de preços representa instrumento de mais alta importância para prevenir práticas comerciais lesivas ao mercado, de forma a garantir uma efetiva regulação da assistência suplementar à saúde, adotou a seguinte Resolução [...]”

O artigo 2º da referida RDC diz:

“Art. 2º A partir da data de publicação desta Resolução, os documentos exigidos para registro de produtos junto à ANS, [...] deverão estar acompanhados da Nota Técnica de Registro de Produto, atestada por atuário registrado no Instituto Brasileiro de Atuária – IBA”.

Apesar da obrigatoriedade de cumprimento desta resolução não atingir as autogestões patrocinadas (caso da empresa em análise), a boa prática atuarial indica a utilização dos critérios técnicos pertinentes. Isto porque, mesmo que a legislação não os trate, os riscos cobertos pelas autogestões seguem as bases técnicas de segurabilidade até aqui vistas.

Qualquer atividade seguradora, independente da esfera ou segmentação de mercado que se encontre, é a administração de dois fluxos de capital: o pagamento dos prêmios/mensalidades pelos segurados para os seguradores e o pagamento das indenizações, na direção oposta.

Devido ao fato de os riscos serem aleatórios, os modelos atuariais/estatísticos probabilísticos são essenciais para a correta mensuração da capacidade financeira da seguradora (ou da OPS) em assumi-los. Do ponto de vista técnico, o fator fundamental é a própria composição da carteira segurada (DIRUBE, 1991), onde os principais aspectos são:

- Volume de prêmios;
- Quantidade de riscos abrangidos;
- Dimensão financeira dos riscos;
- Qualidade dos riscos;
- Vinculação física ou jurídica dos riscos.

O volume financeiro oriundo dos prêmios/contribuições/mensalidades constitui a base econômica do sistema segurador¹, e terá influência direta na capacidade da empresa suportar a sinistralidade (quociente entre despesas e receitas de um plano num determinado período) da carteira.

Atualmente o Plano Saúde Modelo tem sua receita baseada essencialmente na folha salarial, sendo descontado um percentual do salário do funcionário e a parcela faltante para cobrir as despesas com saúde ficando sob a responsabilidade patronal.

Apesar de uma pesquisa realizada pela MERCER (2004) apontar que em 32,7% das empresas respondentes a assistência médica tem base nos salários e corresponde, em percentuais, a mais de 9% da folha de pagamento (sem encargos), este modelo de custeio em nada se relaciona com o aspecto até aqui sustentado pelas teorias apresentadas.

A idéia central deste trabalho é justamente a troca desta estrutura por outra que permita maior previsibilidade financeira, e a proposta é a utilização de ferramentas atuariais e estatísticas para o cálculo do montante mínimo de mensalidades necessárias, a partir da experiência anterior de despesas do plano. Na construção de um modelo de precificação que toma como base informações reais do histórico dos gastos passados, tanto podem ser utilizados procedimentos lógicos ou relações matemáticas e atuariais. No entanto, o objetivo é único: prêmios (mensalidades) realisticamente aplicáveis e confiáveis (MANO,1997). No caso em tela, será adotada a Teoria do Risco coletivo como o instrumento para a modelagem da tabela de mensalidades mínimas. Segundo Fonseca (2004), esta metodologia

¹ Entenda-se que está abrangido no sistema segurador todo e qualquer tipo de seguro que leve em conta o risco de morte (seguro contra morte), de vida (aposentadorias e planos de previdência em geral) ou de doença, sendo abrangidos neste último, os seguros e planos de saúde).

usa critérios estatísticos para cálculo da contraprestação, baseado em taxas de utilização histórica da massa segurada e, quando estes dados não são disponíveis, usa dados de outros grupos com características semelhantes. Estas técnicas vêm sendo aplicadas no Reino Unido, Canadá, Estados Unidos e Brasil (FONSECA, 2004). A utilização desta teoria faz com que o valor do prêmio/mensalidade dependa apenas da taxa de utilização e do custo desta, o que vai ao encontro do que está sendo proposto aqui, pois os dados utilizados refletem o perfil de gastos do plano.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Determinar uma tabela de mensalidades mínimas, em dez faixas etárias, segundo proposta da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que garanta o montante financeiro mínimo necessário para cobrir as despesas assistenciais dos beneficiários do Plano Saúde Modelo, em regime de Autogestão, para um período de doze meses, em substituição do atual modelo de custeio sobre a folha salarial.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Levantar as premissas e hipóteses que farão parte dos cálculos.

Definir base de dados para as projeções através do levantamento da situação das despesas assistenciais de doze meses do Plano Saúde Modelo, estratificadas por item de despesa assistencial e frequências de utilizações.

Realizar a avaliação e cálculo atuarial, baseados nos levantamentos de dados da população coberta pelo benefício de assistência médica, com vistas a mensurar os recursos necessários à garantia dos benefícios oferecidos.

Calcular uma tabela por faixas etárias e, através desta, o montante mínimo necessário para o custeio do Plano Saúde Modelo durante doze meses.

Avaliar os pontos mais importantes dos dois tipos de custeio.

Avaliar o histórico e a evolução das despesas como um todo, de forma a apresentar estratégias que permitam a sua adaptação a novos cenários.

4 METODOLOGIA E CRITÉRIOS TÉCNICOS

A metodologia de levantamento de dados e critérios técnicos utilizados nos cálculos e apresentação de resultados obedeceu às etapas apresentadas a seguir.

4.1 PREMISSAS E HIPÓTESES

Para que os cálculos tenham as devidas consistências e parâmetros comparativos, algumas premissas e hipóteses foram predefinidas e/ou arbitradas, oriundas da experiência real do Plano Saúde Modelo² e que estão projetadas para os próximos 12 meses. São as que seguem:

a) Fatores Econômicos e Financeiros

- Projeção de crescimento real anual do salário: 4,15% a.a.;
- Entradas e saídas de funcionários (*turn over*): não considerado;
- Co-participação: 30% (trinta por cento), somente sobre procedimentos sem autorização prévia;
- Regime de Custeio: Repartição Simples;

b) Carregamentos:

² A forma de cálculo e as fontes de tais premissas serão preservadas por caráter de confidencialidade de dados.

- Inflação Médica: 12,95% a.a.;
- Percentual de impacto da implantação da CBHPM³: 0,4936% a.a.;
- Despesas com serviços próprios *per capita*: R\$6,48;
- Despesas com novas coberturas (psicoterapia; cirurgia refrativa; reeducação postural global) *per capita*: R\$2,28;

c) Despesas não assistenciais⁴:

- Despesas extra-sistema e provisões para causas judiciais: zero;
- Despesas Administrativas: zero;
- Impostos: zero;
- Investimentos: zero

4.2 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO PLANO NA DATA DO CÁLCULO

Apresentar o perfil demográfico e salarial dos funcionários e respectivos dependentes abrangidos pelo plano na data do estudo.

Apurar também as despesas assistenciais, segmentadas por regime de internação, classes de despesas e faixas etárias, bem como os indicadores de utilização do plano, com seus respectivos valores médios e/ou *per capita*, vigentes na data do cálculo.

³ CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos): Lista referencial de procedimentos médicos, aprovada por três entidades médicas nacionais, AMB, CFM e Fenam, onde constam os valores praticados pelo mercado, com implantação no Plano Saúde Modelo em substituição às tabelas de preços. O percentual aplicado refere-se à parcela dos prestadores de serviços que, na época do cálculo, ainda não estavam praticando os valores de tal tabela.

⁴ Apesar de existirem despesas não assistenciais, a Autogestão Modelo optou por não onerar as mensalidades com este carregamento.

As despesas médicas aqui consideradas, bem como os valores de receitas e informações relativas a beneficiários, são constituídas por um composto de bases de dados com características semelhantes ao perfil real do Plano Saúde Modelo, a fim de preservar o sigilo dos dados. Esta equivalência é uma prática comum no mercado e não há prejuízo dos resultados finais do estudo.

4.3 CÁLCULO DOS PRÊMIOS (MENSALIDADES)

Com o objetivo de homogeneizar os riscos e obter resultados mais consistentes, todas as despesas foram segmentadas para análise e também para cálculo dos prêmios, conforme o seguinte critério:

R_i : Regime de Atendimento, onde i varia de 1 a 4

- REGIME DE ATENDIMENTO
 - 1: Ambulatorial
 - 2: Psiquiatria -Hospital Dia
 - 3: Domiciliar
 - 4: Internação Hospitalar

C_j : Classe de Despesas, com j variando de 1 a 8, da seguinte forma:

- CLASSES DE DESPESAS
 - 1: Consulta
 - 2: Procedimento Diagnóstico

3: Procedimentos Terapêuticos

4: Honorários Médicos

5: Material e Medicamento

6: Diária

7: Taxas

8: Outros

F_k : Faixa Etária, conforme a seguir, onde k varia de 1 a 10:

- FAIXAS ETÁRIAS

1: 0 a 18 anos

2: 19 a 23 anos

3: 24 a 28 anos

4: 29 a 33 anos

5: 34 a 38 anos

6: 39 a 43 anos

7: 44 a 48 anos

8: 49 a 53 anos

9: 54 a 58 anos

10: 59 ou + anos

4.3.1 Cálculo do Prêmio de Risco

O Prêmio de Risco ou Prêmio Estatístico nada mais é do que o valor médio *per capita* das despesas observadas na série histórica examinada, sem levar em conta o carregamento de segurança. Em outras palavras, é a razão entre as despesas com plano de saúde e o número de expostos e visa atender apenas os riscos do período analisados. “Chamamos Prêmio Estatístico a repartição pura do total de prejuízos sofridos por alguns segurados pela totalidade dos segurados que participam do ‘fundo’ ou carteira” (SOUZA MENDES, 1977 *apud* VENDRAMINI, 2001, p. 67) Matematicamente, o Prêmio de Risco é dado por:

$$PR_{R,C,F} = \frac{\sum D_{R,C,F}}{Exp * m}$$

Onde:

$PR_{R,C,F}$: Prêmio de Risco para o regime R , classe C e faixa etária F observada no período

$D_{R,C,F}$: Despesas observadas do regime R , classe C e faixa etária F observada no período

Exp : Quantidade de Expostos⁵

m : Quantidade de Meses do período analisado

4.3.2 Cálculo do Prêmio Puro

Prêmio Puro, em seguros, significa o valor do Prêmio Estatístico acrescido das devidas margens de segurança, as quais podem ser calculadas de diversas formas dependendo do critério técnico adotado pelo atuário responsável. Segundo

⁵ Exposto é o beneficiário que tem o direito de usufruir a assistência à saúde no item de despesa assistencial em questão, durante o período de apuração das informações. No caso do Plano Saúde Modelo, por não existir carência e para efeito de cálculos, a totalidade dos beneficiários está considerada como exposta.

Souza Mendes (*apud* VENDRAMINI, 2001, p. 74) “prêmio puro = prêmio estatístico + carregamento de segurança”. O conceito de carregamento (ou margem) de segurança pode ser entendido como sendo o valor estatisticamente calculado que somado ao custo puro garante, com um risco conhecido de erro, a confiabilidade dos resultados.

Com base no supracitado, a premissa básica é a de que o prêmio puro cubra as flutuações aleatórias desfavoráveis verificadas na massa que serviu de base para a geração do prêmio estatístico. A legislação referente à Nota Técnica Atuarial (RDC 28/00) já preconiza este conceito quando define que os valores mínimos para comercialização dos planos de saúde devem ser os que consideram a Margem de Segurança Estatística por Exposto.

Para o cálculo do prêmio puro do Plano Saúde Modelo será adotada a Teoria do Risco Coletivo e, segundo tal Teoria, a ocorrência de indenizações constitui um processo estocástico com *Distribuição de Poisson*, onde a estimativa de ocorrência de determinado evento para o próximo período é dada pela expressão a seguir:

$$p = (Q + 1,96 * \sqrt{Q})$$

Onde:

p : estimativa de ocorrências de determinado evento

Q : número de ocorrências observadas de determinado procedimento

\sqrt{Q} : determinação da média e da variância de Q na distribuição de Poisson.

1,96 : representa a constante de 95% de confiança da distribuição de Poisson, ou seja, é possível afirmar com 95% de certeza que não ocorrerão mais sinistros do que a estimativa calculada.

O valor de p contempla o acréscimo no número de casos históricos que deve ser considerado para cálculo do valor da contribuição do próximo período, visando resguardar a operadora de possíveis oscilações.

A Teoria do Risco Coletivo também leva em conta os valores dos eventos observados na série histórica analisada, onde as respectivas médias são calculadas

e acrescidas das devidas margens de segurança. Assim, levando em conta a quantidade estimada p de eventos e tratando estatisticamente os valores de despesas observados, chega-se à seguinte equação:

$$Despesas = p * p_1 + 1,96 * \sqrt{p * p_2}$$

p_1 : média do custo do procedimento em questão, ou seja:

$$p_1 = \frac{\sum D}{Q}$$

Onde:

$\sum D$: soma das despesas de um procedimento específico

p_2 : média dos quadrados das despesas do procedimento, dada por:

$$p_2 = \frac{\sum D^2}{Q}$$

$\sum D^2$: soma do quadrado das despesas de um procedimento específico

A mensalidade do plano, se utilizada a teoria em questão, será dada pela razão entre as despesas estimadas da forma supracitada e a quantidade de expostos ao risco. Realmente, a boa prática atuarial relativa ao cálculo dos prêmios mensais de planos de saúde recomenda que tais despesas sejam divididas pela quantidade de expostos existentes durante o período de análise e não utilizar a quantidade total de beneficiários.

De forma genérica a mensalidade é dada pela seguinte equação:

$$Mensalidade = \frac{Despesas}{TotalExpostos} = \frac{p * p_1 + 1,96 * \sqrt{p * p_2}}{Exp * m}$$

Sendo:

Exp : Quantidade de Expostos

m : Quantidade de meses do período analisado

Assim sendo, o valor do prêmio mensal a ser cobrado fica calculado com as margens necessárias para suportar as variações que possam ocorrer nos sinistros (afirmativa correta em 95% dos casos), garantindo a manutenção da viabilidade econômica da operadora.

Ao adotar esta metodologia para cálculo do Plano Saúde Modelo, algumas particularidades foram consideradas na formulação a fim de adaptá-la aos critérios de segmentação utilizados. Obtém-se assim a seguinte expressão, considerando os itens de despesas dentro de cada faixa etária:

$$PP_{R,C,F} = \frac{\left(Q_{R_i,C_j,F_k} + 1,96 * \sqrt{Q_{R_i,C_j,F_k}} \right) * \left(\sum D_{R_i,C_j,F_k} / Q_{R_i,C_j,F_k} \right) + 1,96 * \sqrt{\left(Q_{R_i,C_j,F_k} + 1,96 * \sqrt{Q_{R_i,C_j,F_k}} \right) * \left(\sum D_{R_i,C_j,F_k}^2 / Q_{R_i,C_j,F_k} \right)}}{Exp * m}$$

PP_{R_i,C_j,F_k} : Prêmio Puro *per capita* para o regime R , classe C e faixa etária F

Q_{R_i,C_j,F_k} : Quantidade de procedimentos do regime R , classe C e faixa etária F observada no período

D_{R_i,C_j,F_k} : Despesas observadas do regime R , classe C e faixa etária F observada no período

Exp : Quantidade de Expostos

m : Quantidade de Meses do período analisado

4.3.3 Cálculo do Prêmio Comercial

É o valor final da mensalidade do plano, onde já estão previstos todos os carregamentos (despesas, impostos, margem de lucro, comissões, etc.) que devem

ser agregados no preço. Para cálculo do Prêmio Comercial é usado como base de cálculo o *Prêmio Puro* e não o *Prêmio de Risco*. Tal critério é assim adotado devido ao fato de que, enquanto aquele já contempla possíveis oscilações, este não sofre nenhum tratamento com intuito de estimar variações futuras. Conforme Souza Mendes (*apud* VENDRAMINI, 2001 p. 82),

“... é o prêmio puro, acrescido de um carregamento capaz de cobrir as despesas administrativas, comerciais, impostos e taxas, margem de lucro e/ou remuneração do capital investido e demais despesas não assistenciais da operadora”.

Tecnicamente existem 3 (três) métodos distintos de apropriação dos carregamentos incidentes sobre o valor final da mensalidade, a saber:

a) Em relação ao Prêmio Puro: quando o carregamento é um percentual incidente diretamente sobre as despesas assistenciais ou sobre o Prêmio Puro, costuma-se identificá-lo pela letra grega α (alfa). Considera-se daí a seguinte formulação:

$$PC_{R_i, C_j, F_k} = PP_{R_i, C_j, F_k} * (1 + \alpha) \text{ Onde,}$$

PC_{R_i, C_j, F_k} : Prêmio Comercial para o regime R , classe C e faixa etária F

PP_{R_i, C_j, F_k} : Prêmio Puro *per capita* para o regime R , classe C e faixa etária F

α : Carregamento sobre o Prêmio Puro, em percentual.

b) Em valores absolutos: se o carregamento é um valor monetário fixo e individualizado (*per capita*), independentemente se incide sobre o prêmio puro ou comercial, costuma-se identificá-lo pela letra grega β (beta) e apropriá-lo da seguinte forma:

$$PC_{R_i, C_j, F_k} = PP_{R_i, C_j, F_k} + \beta \text{ onde:}$$

PC_{R_i, C_j, F_k} : Prêmio Comercial para o regime R , classe C e faixa etária F

PP_{R_i, C_j, F_k} : Prêmio Puro *per capita* para o regime R , classe C e faixa etária F

β : Carregamento em valores monetários

c) Em relação ao Prêmio Comercial: quando o carregamento é um percentual que incidirá sobre o preço final, é identificado por γ (gama) e formulado conforme a expressão:

$$PC_{R_i, C_j, F_k} = \frac{PP_{R_i, C_j, F_k}}{(1 - \gamma)} \text{ onde:}$$

PC_{R_i, C_j, F_k} : Prêmio Comercial para o regime R , classe C e faixa etária F

PP_{R_i, C_j, F_k} : Prêmio Puro *per capita* para o regime R , classe C e faixa etária F

γ : Carregamento sobre o Prêmio Comercial, em percentual.

Assim, a fórmula geral do Prêmio Comercial Mensal, considerando os três tipos de carregamentos e adequando-a aos critérios do Plano em estudo, é a seguinte:

$$PC_{R,C,F} = \frac{PP_{R,C,F} * (1 + \alpha) + \beta}{(1 - \gamma)}$$

Sendo:

$PC_{R,C,F}$: Prêmio Comercial Mensal para o regime R , classe C e faixa etária F observada no período.

4.4 PROJEÇÕES

Depois de definida a tabela de preços mínimos em dez faixas-etárias, é apresentada a perspectiva de receita estimada considerando a massa de contribuintes e o percentual assumido de tal mensalidade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 ANÁLISE DO PERFIL BIOMÉTRICO E DEMOGRÁFICO

A população assistida pelo Plano Saúde Modelo é composta de funcionários da Autogestão Modelo e de seus dependentes legais. Devido à inexistência do cumprimento de carência quando da adesão ao plano, todos os funcionários e respectivos dependentes estão sendo considerados como expostos a todos os procedimentos, ou seja, aptos a utilizar o plano integralmente.

Para efeito comparativo, todas as análises consideram a segmentação etária das RN 63/04.

Tabela 1 - Evolução da média do número de expostos dos últimos doze meses (M₁ a M₁₂)

Faixa Etária	M₁	M₂	M₃	M₄	M₅	M₆	M₇	M₈	M₉	M₁₀	M₁₁	M₁₂	Média Geral
0 a 18	1.212	1.223	1.328	1.307	1.353	1.359	1.376	1.387	1.405	1.373	1.421	1.476	1.352
19 a 23	95	99	108	114	126	134	139	137	142	76	81	84	111
24 a 28	648	662	699	694	711	717	722	719	720	600	612	632	678
29 a 33	764	767	830	805	824	834	853	849	863	893	904	926	843
34 a 38	551	559	609	593	607	610	616	616	623	643	652	665	612
39 a 43	371	377	397	395	413	412	414	419	422	486	492	498	425
44 a 48	268	266	280	279	283	288	288	290	293	293	298	308	286
49 a 53	156	153	166	157	161	163	165	162	164	173	181	183	165
54 a 58	90	90	93	90	88	88	88	89	90	122	121	121	98
59 ou +	34	33	34	33	33	34	37	38	38	46	46	48	38
Totais	4.189	4.229	4.544	4.467	4.599	4.639	4.698	4.706	4.760	4.705	4.808	4.941	4.607

É importante atentar que há neste trabalho dois números distintos de expostos, sendo o primeiro utilizado nos cálculos dos prêmios e é referente à média dos últimos doze meses; o segundo é o número de expostos na data do cálculo e

serve para as projeções de receitas. Por ocasião do cálculo, os expostos eram em número de 4.769, conforme estatísticas a seguir:

Tabela 2 - Distribuição da quantidade de funcionários e dependentes por Titularidade e por Gênero

GÊNERO/TITULARIDADE	TITULARES		DEPENDENTES		TOTAL	
	QTDE	%	QTDE	%	QTDE	%
FEMININO	1.623	71,18	1.045	41,98	2.668	55,94
MASCULINO	657	28,82	1.444	58,02	2.101	44,06
TOTAL	2.280	100,00	2.489	100,00	4.769	100,00

Os 2.489 dependentes estão divididos em 1.425 filhos e 1.064 cônjuges/companheiros.

Tabela 3 - Distribuição da quantidade de funcionários e dependentes por Faixa etária, Titularidade e Gênero

Faixa Etária	TITULAR			DEPENDENTE			GERAL		
	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL
0 a 18	0	0	0	696	728	1.424	696	728	1.424
19 a 23	39	66	105	5	14	19	44	80	124
24 a 28	141	395	536	78	56	134	219	451	670
29 a 33	156	466	622	193	80	273	349	546	895
34 a 38	109	278	387	160	58	218	269	336	605
39 a 43	80	182	262	135	44	179	215	226	441
44 a 48	52	131	183	86	30	116	138	161	299
49 a 53	29	70	99	50	14	64	79	84	163
54 a 58	35	29	64	23	17	40	58	46	104
59 ou +	16	6	22	18	4	22	34	10	44
TOTAL	657	1.623	2.280	1.444	1.045	2.489	2.101	2.668	4.769

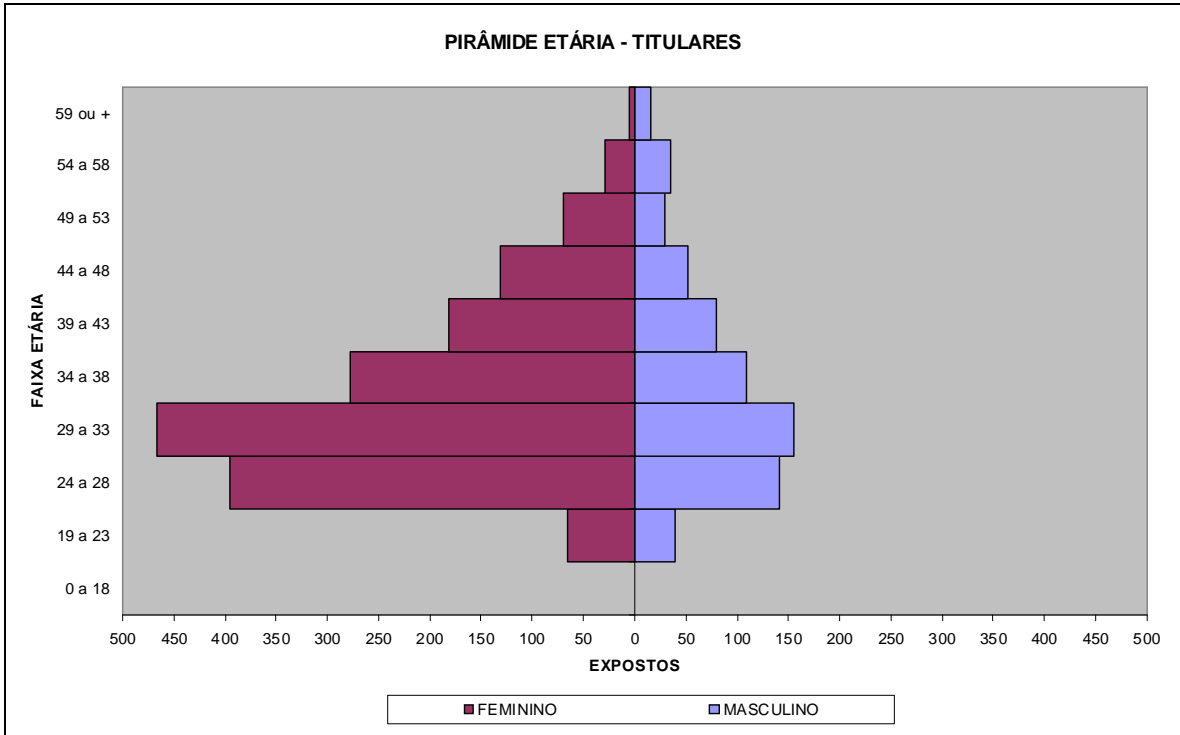


Figura 1 – Pirâmide Etária - Titulares

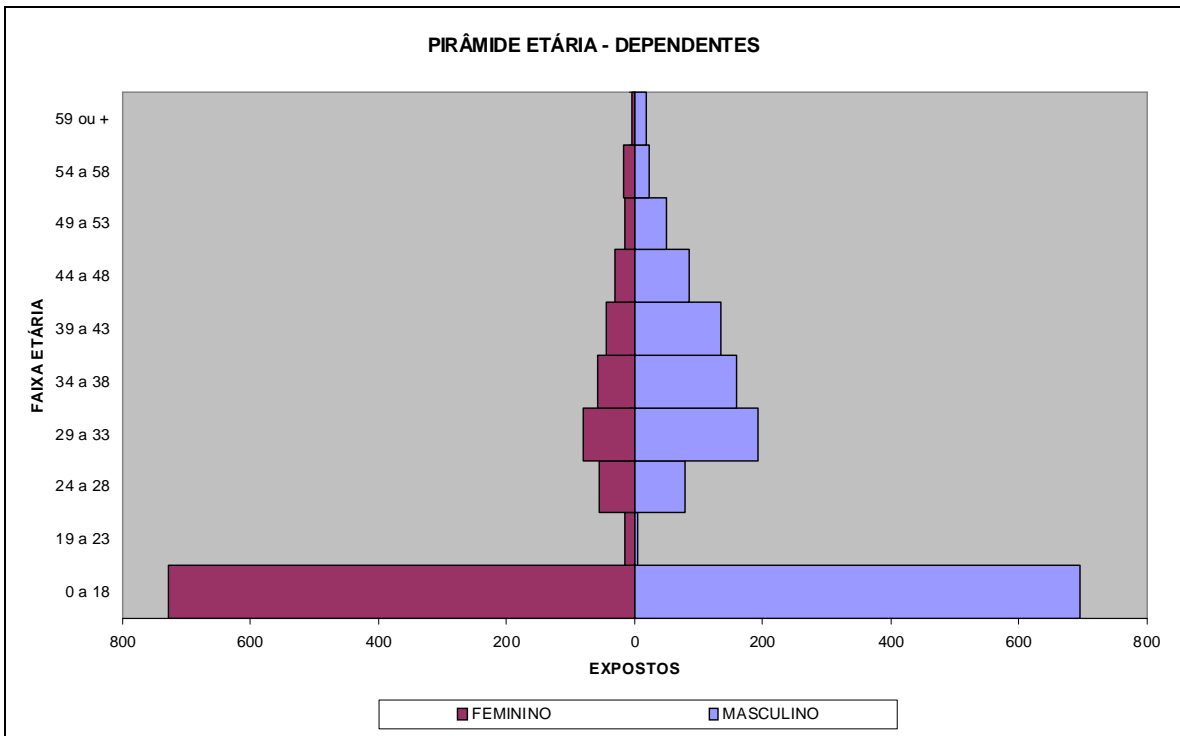


Figura 2 – Pirâmide Etária - Dependentes

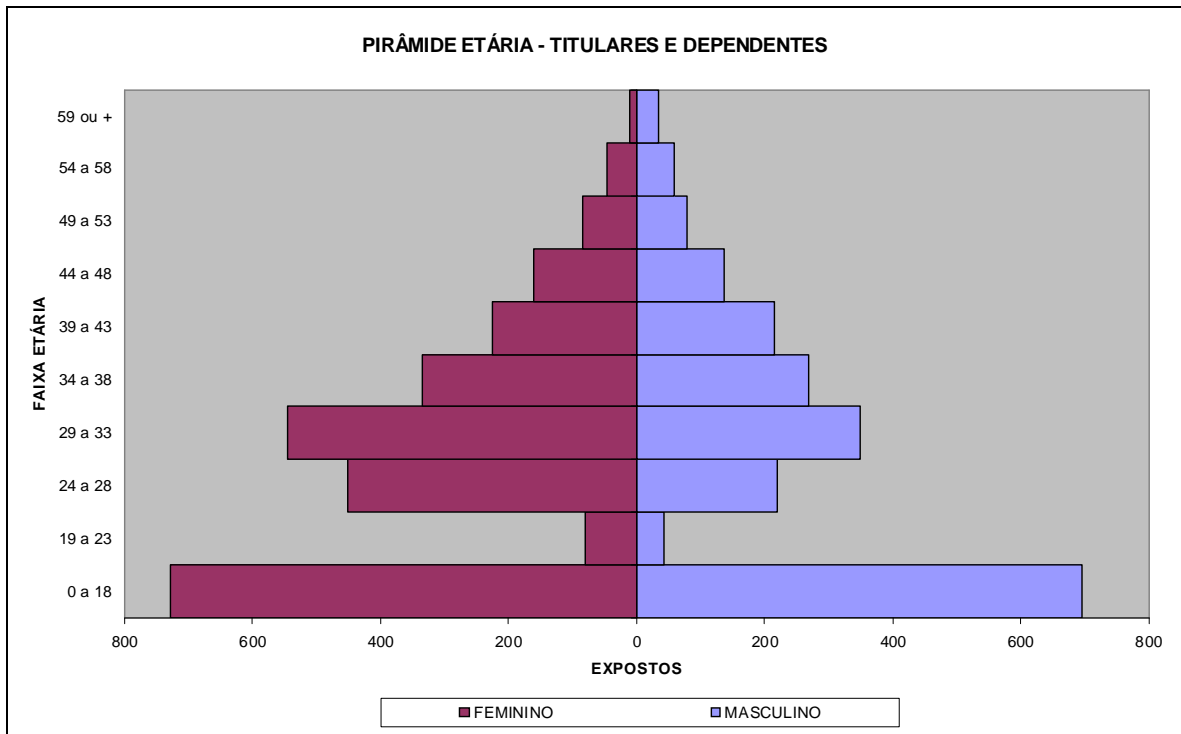


Figura 3 – Pirâmide Etária – Titulares e Dependentes

Tabela 4 – Total, percentual e percentual acumulado de beneficiários por faixa etária

Faixa Etária	BENEFICIÁRIOS			DADOS UNIDAS	
	TOTAL	PERCENTUAL	PERCENTUAL ACUMULADO	PERCENTUAL	PERCENTUAL ACUMULADO
0 a 18	1.424	29,86	29,86	21,3	21,3
19 a 23	124	2,60	32,46	8,9	30,2
24 a 28	670	14,05	46,51	7,6	37,8
29 a 33	895	18,77	65,28	5,6	43,4
34 a 38	605	12,69	77,96	4,8	48,2
39 a 43	441	9,25	87,21	6,1	54,3
44 a 48	299	6,27	93,48	7,9	62,2
49 a 53	163	3,42	96,90	8,6	70,9
54 a 58	104	2,18	99,08	7,4	78,3
59 ou +	44	0,92	100,00	21,7	100,0
TOTAL	4.769	100,00		100,0	

Fonte: Pesquisa UNIDAS, 2007.

A população de beneficiários do plano está mais concentrada nas faixas mais jovens, onde pode ser verificado que 77,96% dos beneficiários têm até 38 anos. A idade média do grupo todo é 27,15 anos, sendo a do funcionário 34,5 anos, do filho 7,73 e a do cônjuge/companheiro 37,42 anos. Trata-se de uma população relativamente jovem (diferentemente da Pesquisa UNIDAS 2007, onde a

concentração está nas faixas mais altas) e em sua grande maioria sem dependentes.

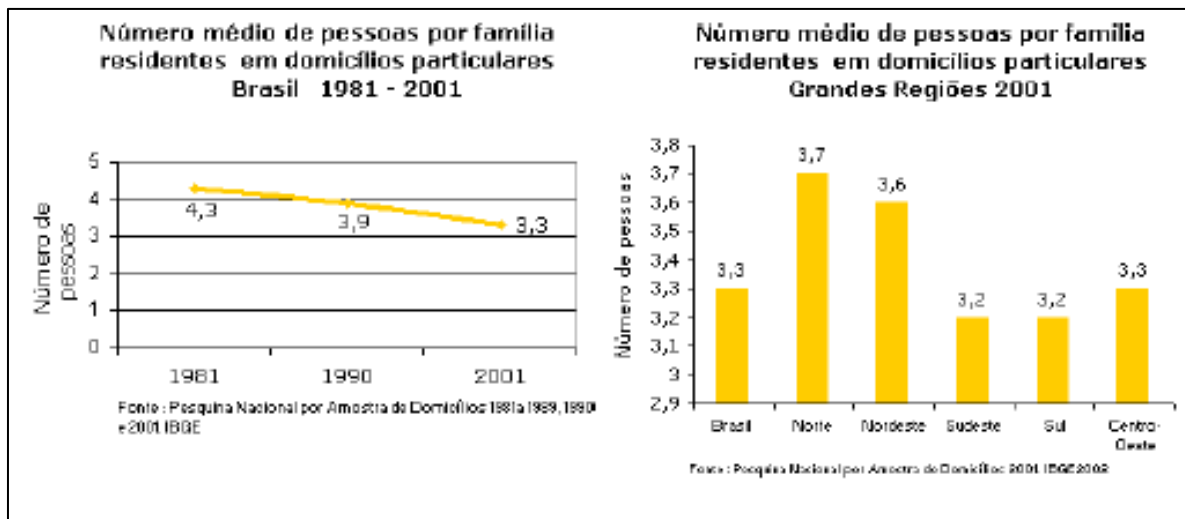
Os dados anteriores remetem à apuração da quantidade de dependentes por titulares, ou seja, o tamanho do grupo familiar assistido pelo Plano Saúde Modelo, apresentado na tabela a seguir.

Tabela 5 – Quantidade de Dependentes por Titular e Grupo Familiar Médio por Faixa etária

Faixa Etária	DEPENDENTES POR TITULAR
0 a 18	0,00
19 a 23	0,18
24 a 28	0,25
29 a 33	0,44
34 a 38	0,56
39 a 43	0,68
44 a 48	0,63
49 a 53	0,65
54 a 58	0,63
59 ou +	1,00
TOTAL	1,09

O número que realmente é interessante na tabela anterior é o que se refere ao total (1,09), e que significa a quantidade de dependentes por titulares de uma forma geral, pois deve ser levado em conta que há faixas onde inexitem titulares. Desta forma, o grupo familiar médio assistido pelo plano da Autogestão Modelo tem o tamanho de 2,09 pessoas. Como dado comparativo segue o tamanho da família brasileira, conforme IBGE-PNAD:

Figura 4 - Tamanho da família brasileira



Fonte: IBGE (<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/familia.html#anc1>)

5.2 ANÁLISE DO PERFIL SALARIAL

Atualmente a receita funcional é oriunda apenas dos titulares, porém destinada à cobertura assistencial de todo o grupo familiar.

Discorrer sobre este aspecto é fundamental para que possa ser analisado o nível de receita que resulta da atual forma de custeio funcional (3% do salário mensal, exceto sobre o décimo terceiro salário). Este tipo de custeio está extremamente dependente do nível salarial dos funcionários e do tamanho do grupo coberto, o que em nada tem relação com os respectivos riscos abrangidos. Em outras palavras, a receita não é calculada em função das despesas.

É importante dizer também que todas as avaliações deste estudo estão considerando uma projeção de crescimento salarial de 4,15% para os próximos 12 meses.

O salário médio do grupo é de R\$1.878,22 e, considerando os 2.280 titulares, a folha mensal situa-se no patamar de R\$4.282.330,95 e, conseqüentemente, R\$51.387.971,36 anuais.

Segue resumo estatístico dos salários atuais, sendo que mais detalhes constam no ANEXO A – PERFIL SALARIAL E DE TITULARIDADE:

Tabela 6 – Estatística descritiva dos salários

<i>Estatística</i>	<i>Valores</i>
Média	1.878,22
Erro padrão	30,34
Mediana	1.143,45
Moda	803,99
Desvio padrão	1.448,88
Variância da amostra	2.099.264,95
Curtose	3,94
Assimetria	1,69
Intervalo	10.541,02
Mínimo	476,43
Máximo	11.017,46
Soma	4.282.330,95
Contagem	2.280
Nível de confiança(95,0%)	59,5

Tabela 7 – Salário médio por gênero

ITENS	TITULAR	SALÁRIO MÉDIO
FEMININO	1.623	1.783,70
MASCULINO	657	2.111,70
TOTAL	2.280	1.878,22

Com o intuito de manter os mesmos critérios até então adotados, as receitas também foram segmentadas em 10(dez) faixas-etárias.

Tabela 8 - Folha salarial atual, salário total, médio e arrecadação, por faixa etária

Faixa Etária	TOTAL MENSAL POR FAIXA ETARIA	SALÁRIO MÉDIO POR FAIXA ETÁRIA	TOTAL MENSAL ARRECADADO (3% DA FOLHA MESAL)
0 a 18	-	-	-
19 a 23	93.816,14	893,49	2.814,48
24 a 28	635.867,56	1.186,32	19.076,02
29 a 33	1.090.427,22	1.753,10	32.712,81
34 a 38	754.225,38	1.948,90	22.626,76
39 a 43	610.868,22	2.331,56	18.326,04
44 a 48	512.198,97	2.798,90	15.365,96
49 a 53	301.016,29	3.040,57	9.030,48
54 a 58	208.080,72	3.251,26	6.242,42
59 ou +	75.830,44	3.446,84	2.274,91
GERAL	4.282.330,95	1.878,22	128.469,93

Quando são analisados por faixa salarial (a cada R\$200,00), tem-se a seguinte distribuição de beneficiários:

Tabela 9 - Distribuição beneficiários por faixa salarial

FAIXA SALARIAL	TITULARES		DEPENDENTES		TOTAL GERAL		DEP/TIT
	QTDE	%	QTDE	%	QTDE	%	
400-600	141	6,18	183	7,35	324	6,79	1,30
600-800	456	20,00	379	15,23	835	17,51	0,83
800-1.000	367	16,10	328	13,18	695	14,57	0,89
1.000-1.200	215	9,43	265	10,65	480	10,07	1,23
1.200-1.400	65	2,85	58	2,33	123	2,58	0,89
1.400-1.600	43	1,89	41	1,65	84	1,76	0,95
1.600-1.800	16	0,70	16	0,64	32	0,67	1,00
1.800-2000	12	0,53	16	0,64	28	0,59	1,33
2.000-2.200	108	4,74	179	7,19	287	6,02	1,66
2.200-2.400	137	6,01	169	6,79	306	6,42	1,23
2.400-2.600	128	5,61	143	5,75	271	5,68	1,12
2.600-2.800	142	6,23	167	6,71	309	6,48	1,18
2.800-3.000	108	4,74	117	4,70	225	4,72	1,08
3.000-3.200	3	0,13	10	0,40	13	0,27	3,33
3.200-3.400	13	0,57	22	0,88	35	0,73	1,69
3.400-3.600	49	2,15	50	2,01	99	2,08	1,02
3.600-3.800	53	2,32	76	3,05	129	2,70	1,43
3.800-4.000	17	0,75	16	0,64	33	0,69	0,94
4.000-4.200	35	1,54	35	1,41	70	1,47	1,00
4.200-4.400	18	0,79	33	1,33	51	1,07	1,83
4.400-4.600	6	0,26	7	0,28	13	0,27	1,17
4.600-4.800	34	1,49	46	1,85	80	1,68	1,35
4.800-5.000	16	0,70	9	0,36	25	0,52	0,56
5.000-5.200	51	2,24	71	2,85	122	2,56	1,39
5.200-5.400	3	0,13	0	0,00	3	0,06	0,00
5.800-6.000	2	0,09	2	0,08	4	0,08	1,00
6.400-6.600	9	0,39	7	0,28	16	0,34	0,78
6.600-6.800	6	0,26	9	0,36	15	0,31	1,50
7.000-7.200	20	0,88	27	1,08	47	0,99	1,35
9.000-9.200	2	0,09	4	0,16	6	0,13	2,00
9.400-9.600	1	0,04	0	0,00	1	0,02	0,00
10.000-10.200	2	0,09	1	0,04	3	0,06	0,50
11.000-11.200	2	0,09	3	0,12	5	0,10	1,50
Total geral	2.280	100,00	2.489	100,00	4.769	100,00	1,09

Com os níveis salariais apresentados até aqui, a contribuição de 3% sobre a folha, destinada às despesas com saúde, monta uma receita mensal de R\$128.469,93 e anual de R\$1.541.639,14.

5.3 ANÁLISE DO PERFIL DAS DESPESAS

Com já citado no item referente à metodologia, para que o critério técnico escolhido pudesse levar a resultados consistentes, as despesas assistenciais foram segmentadas por itens. Inicialmente essas despesas foram separadas por Regimes de Atendimento e, posteriormente, subdivididas em Classes de Despesas, conforme seguem:

- Regimes de Atendimento:
 - Ambulatorial
 - Psiquiatria – Hospital-Dia
 - Domiciliar
 - Internação Hospitalar

- Classes de Despesas:
 - Consulta;
 - Procedimento Diagnóstico;
 - Procedimento Terapêutico;
 - Honorários Médicos;
 - Material e Medicamento;
 - Diárias
 - Taxas;
 - Outros

Complementarmente, para cálculo da co-participação foi utilizada uma segmentação levando em conta se o item de despesa foi realizado COM ou SEM Autorização Prévia.

5.3.1 Despesas do período

O montante de gastos com plano de saúde da Autogestão Modelo nos últimos doze meses foi de R\$4.594.583,45.

Se segmentados por regime de Internação, as despesas apresentam-se conforme a seguir:

Tabela 10 – Distribuição das despesas por regime de Atendimento

REGIME DE ATENDIMENTO	DESPESAS	%
Ambulatorial	2.899.714,08	63,11
Psiquiatria (Hospital-Dia)	12.012,15	0,26
Domiciliar	1.826,76	0,04
Internação Hospitalar	1.681.030,46	36,59
TOTAIS	4.594.583,45	100,00

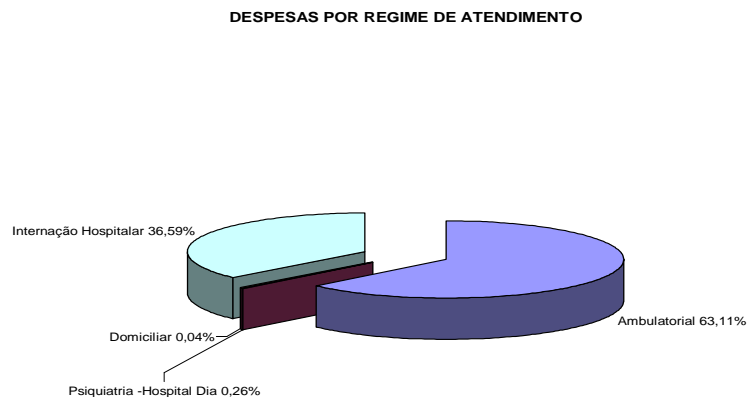


Figura 5 - Distribuição das despesas por Regime de Atendimento

Para fins de comparação com o mercado de autogestão, é interessante observar a *Tabela 11 – Comparativo da concentração de gastos por regime de assistência - Autogestões*, adaptada de pesquisa realizada pela UNIDAS no ano de

2007. Apesar de que, em média, o mercado tem um gasto maior com despesas de internação hospitalar, existe semelhança com o perfil da Autogestão Modelo, pois os maiores gastos estão concentrados no regime ambulatorial.

Tabela 11 – Comparativo da concentração de gastos por regime de assistência - Autogestões

REGIME DE ATENDIMENTO – FUNCIONÁRIOS ATIVOS	%
Ambulatorial	54,00
Domiciliar	0,90
Internação Hospitalar	45,10
TOTAIS	100,00

Fonte: adaptado da Pesquisa UNIDAS 2007

Quando a segmentação considera as Classes de Despesas, obtém-se:

Tabela 12 - Distribuição das despesas por Classe de Despesas

CLASSE DE DESPESAS	DESPESAS	%
Consulta	707.560,00	15,40
Procedimento Diagnóstico	1.442.354,42	31,39
Procedimentos Terapêuticos	277.745,80	6,05
Honorários Médicos	534.528,10	11,63
Material e Medicamento	902.583,36	19,64
Diária	262.592,88	5,72
Taxas	292.311,80	6,36
Outros	174.907,09	3,81
TOTAIS	4.594.583,45	100,00

DESPESAS POR CLASSE DE DESPESAS

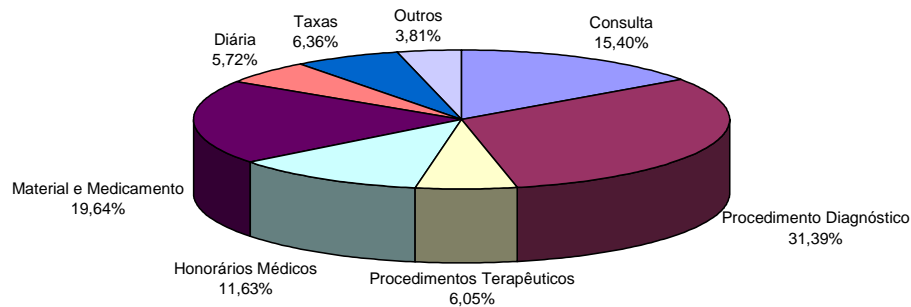


Figura 6 - Distribuição das despesas por Classe de Despesas

Com a segmentação cruzada entre o Regime de Atendimento e Classe de Despesas foi possível a confecção da seguinte tabela:

Tabela 13 – Tabela cruzada de Regime de Atendimento e Classe de Despesas

REGIME/CLASSE	Ambulatorial	Psiquiatria - Hospital Dia	Domiciliar	Internação Hospitalar	TOTAL
Consulta	630.330,55	1.830,98	538,84	74.859,63	707.560,00
Procedimento Diagnóstico	1.390.313,46	1.293,29	98,92	50.648,75	1.442.354,42
Procedimentos Terapêuticos	262.858,11	270,00	712,00	13.905,69	277.745,80
Honorários Médicos	150.860,65	373,08	0,00	383.294,37	534.528,10
Material e Medicamento	321.777,50	408,16	0,00	580.397,70	902.583,36
Diária	17.538,71	7.269,43	0,00	237.784,74	262.592,88
Taxas	78.157,13	368,26	477,00	213.309,41	292.311,80
Outros	47.877,97	198,95	0,00	126.830,17	174.907,09
TOTAIS	2.899.714,08	12.012,15	1.826,76	1.681.030,46	4.594.583,45

De acordo com a lógica proposta deste trabalho, apresenta-se a seguir as despesas assistenciais do período conforme as faixas etárias, bem como com os respectivos cruzamentos entre Regime de Atendimento e Classe de Despesas.

Tabela 14 – Despesas anuais por faixa etária

Faixa Etária	DESPESAS	%
0 a 18	594.926,09	12,95
19 a 23	127.972,83	2,79
24 a 28	931.608,74	20,28
29 a 33	1.318.925,71	28,71
34 a 38	566.155,88	12,32
39 a 43	441.819,81	9,62
44 a 48	285.362,85	6,21
49 a 53	152.970,42	3,33
54 a 58	95.722,84	2,08
59 ou +	79.118,28	1,72
GERAL	4.594.583,45	100,00

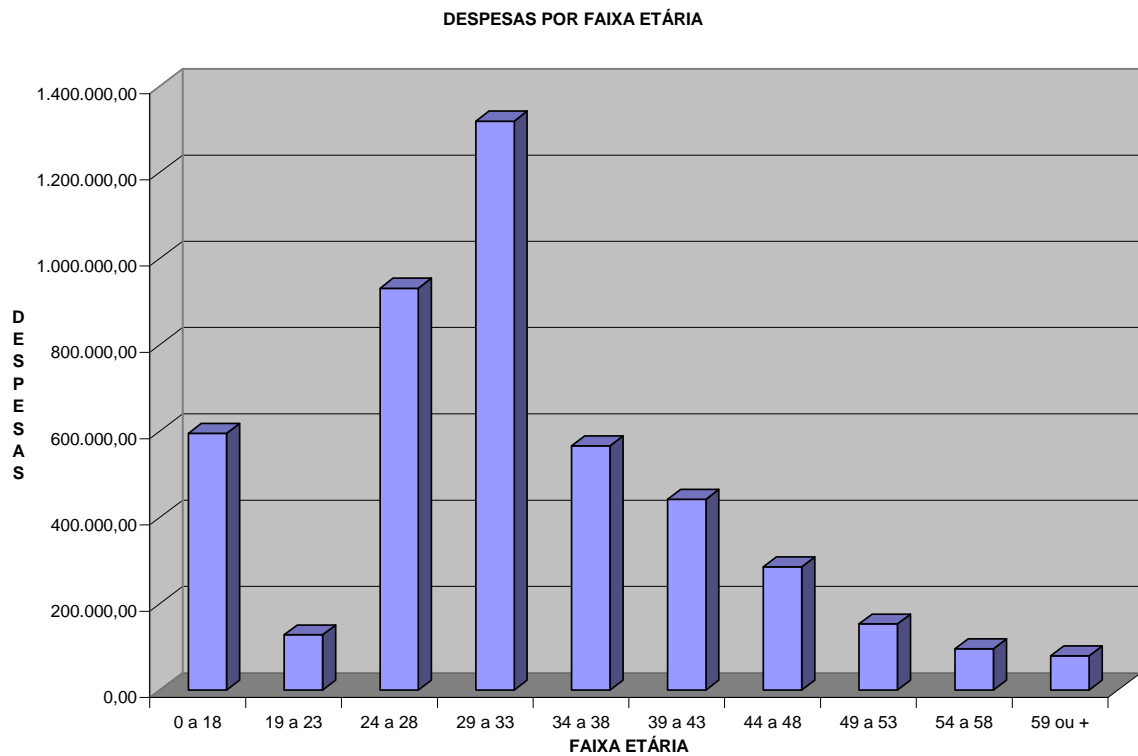
**Figura 7 - Despesas por faixa etária**

Tabela 15 – Despesas por faixa etária e por regime de atendimento

Faixa Etária	Ambulatorial	Psiquiatria - Hospital Dia	Domiciliar	Internação Hospitalar	TOTAL
0 a 18	416.757,06	1.297,97	144,92	176.726,14	594.926,09
19 a 23	74.939,74	85,40	-	52.947,69	127.972,83
24 a 28	510.786,18	6.775,93	467,84	413.578,79	931.608,74
29 a 33	801.286,38	1.323,65	102,00	516.213,68	1.318.925,71
34 a 38	383.478,37	275,91	-	182.401,60	566.155,88
39 a 43	289.745,47	1.493,64	462,00	150.118,70	441.819,81
44 a 48	185.145,97	-	25,00	100.191,88	285.362,85
49 a 53	116.447,51	94,86	-	36.428,05	152.970,42
54 a 58	75.947,36	38,00	-	19.737,48	95.722,84
59 ou +	45.180,04	626,79	625,00	32.686,45	79.118,28
GERAL	2.899.714,08	12.012,15	1.826,76	1.681.030,46	4.594.583,45

Tabela 16 – Despesas por faixa etária e por classe de despesas

Faixa Etária	Consulta	Procedimento Diagnóstico	Procedimentos Terapêuticos	Honorários Médicos	Material e Medicamento	Diária	Taxas	Outros	TOTAL
0 a 18	172.587,66	132.829,27	61.005,77	43.327,64	91.094,38	51.312,51	39.343,58	3.425,28	594.926,09
19 a 23	19.086,30	42.582,15	6.051,56	17.899,05	16.342,66	5.902,91	7.349,44	12.758,76	127.972,83
24 a 28	137.134,51	283.506,36	52.841,72	105.960,77	195.182,61	63.566,59	65.769,59	27.646,59	931.608,74
29 a 33	172.281,62	367.021,30	59.880,12	167.638,12	344.471,33	65.275,66	73.985,91	68.371,65	1.318.925,71
34 a 38	84.708,73	220.060,40	35.327,50	72.068,05	69.537,07	26.394,51	32.722,71	25.336,91	566.155,88
39 a 43	55.439,48	165.603,52	23.714,18	50.133,87	80.352,41	18.003,94	28.087,40	20.485,01	441.819,81
44 a 48	30.242,03	105.468,78	20.138,36	40.298,25	46.171,32	13.195,56	24.300,61	5.547,94	285.362,85
49 a 53	18.564,48	62.298,07	9.738,92	21.047,51	18.515,53	6.450,17	7.375,72	8.980,02	152.970,42
54 a 58	10.576,70	40.664,61	4.612,28	10.200,84	22.243,64	960,11	4.964,66	1.500,00	95.722,84
59 ou +	6.938,49	22.319,96	4.435,39	5.954,00	18.672,41	11.530,92	8.412,18	854,93	79.118,28
GERAL	707.560,00	1.442.354,42	277.745,80	534.528,10	902.583,36	262.592,88	292.311,80	174.907,09	4.594.583,45

5.3.2 Estatísticas e indicadores de utilização

A capacidade de uma OPS gerar indicadores de utilização do(s) seu(s) plano(s) está diretamente atrelada à estrutura e possibilidades de seu banco de dados. Porém, mercadologicamente já existem alguns indicadores consagrados e utilizados de praxe como comparativo não só de utilização, mas também como perfil de risco de um plano, carteira ou operadora. Dentre os indicadores mais usuais, o bando de dados utilizado neste estudo permitiu a apuração dos seguintes:

- Consulta/Exposto/Ano;
- Procedimento Diagnóstico/Exposto/Ano;
- Procedimentos Terapêuticos/Exposto/Ano;
- Procedimento Diagnóstico/Consulta;
- Procedimentos Terapêuticos/Consulta;
- Despesa *per capita*;
- Valor médio da Consulta;
- Valor médio de Procedimento Diagnóstico;
- Valor médio de Procedimentos Terapêuticos;
- Proporção - Despesas Ambulatoriais e Outras
- Proporção - Despesas com Internação

Para que seja possível apurar se a Autogestão Modelo está ou não de acordo com os parâmetros médios mercadológicos das demais autogestões, os indicadores do Plano Saúde Modelo estão comparados no quadro a seguir, quando possível, com os dados extraídos da Pesquisa UNIDAS 2007 e com os do Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março/2009, da ANS:

INDICADORES	PLANO SAÚDE MODELO	UNIDAS	ANS - Coletivo com Patrocinador
<i>DE FREQUENCIA (QUANTIDADES)</i>			
Consulta/Exposto/Ano	4,24	4,41	4,42
Procedimento Diagnóstico/Exposto/Ano	12,59	15,93	8,88
Procedimentos Terapêuticos/Exposto/Ano	2,98		1,40
Procedimento Diagnóstico/Consulta	2,97	3,55	
Procedimentos Terapêuticos/Consulta	0,70		
<i>DE VALORES DE DESPESAS (R\$)</i>			
Despesa <i>per capita</i>	83,11	139,80	
Consulta	36,19	35,16	33,05
Procedimento Diagnóstico	24,86	20,70	22,40
Procedimentos Terapêuticos	20,24		45,76
<i>DE PROPORÇÃO DE DESPESAS (%)</i>			
Proporção - Despesas Ambulatoriais e Outras	63,41%	54,90%	
Proporção - Despesas com Internação	36,59%	45,10%	

Quadro 2 – Comparativo de Indicadores

Fontes: Pesquisa UNIDAS 2007; Caderno de Informação da Saúde Suplementar – ANS (2009)

Um bom balizador, em se tratando de freqüências, é a quantidade de consultas/exposto/ano, pois, via de regra, todos os demais procedimentos na saúde suplementar são oriundos de uma consulta, tanto eletiva quanto de urgência/emergência. Neste aspecto, o Plano Saúde Modelo assemelha-se muito aos números do mercado, ficando ainda um pouco abaixo. Esta utilização um pouco abaixo é importante de ser mantida se levarmos em conta que o valor da consulta do plano é um pouco acima da média do mercado.

Algo semelhante acontece com os procedimentos diagnósticos quando comparados com a Pesquisa UNIDAS, onde se pode perceber que a freqüência um tanto aquém do mercado pode vir a compensar o seu valor médio mais elevado no Plano Saúde Modelo.

É importante atentar para o fato de que as freqüências de utilização devem ser sempre olhadas de forma crítica, preferencialmente tomando como base parâmetros comparativos. Uma alta utilização do plano pode ser, além de um sinalizador tanto de que algo não vai bem com a população assistida, um indicador de que existem utilizações indevidas e de que o plano necessite melhorar (ou mesmo criar) seus mecanismos de regulação. Em contrapartida, uma utilização

muito abaixo da média pode significar que a população coberta está com dificuldades de acesso aos serviços, o que leva a operadora a rever sua rede de prestadores, abrangência e demais aspectos relacionados.

5.4 PRÊMIO ESTATÍSTICO OU DE RISCO

O Prêmio Estatístico, como já foi descrito no capítulo referente à metodologia, é a razão entre as despesas mensais de um determinado período e a quantidade de expostos deste. Significa, então, a despesa média *per capita* apurada. Nos últimos doze meses, o Plano Saúde Modelo montou uma despesa total de R\$4.594.583,45 que, dividida pelos 4.607 expostos do mesmo período, remete a um Prêmio de Risco de R\$83,11.

Como a proposta do estudo é alinhar sempre nas dez faixas etárias já citadas anteriormente, as próximas análises se darão conforme esta segmentação. Assim, o Prêmio de Risco por faixa tem origem conforme explicitado na tabela a seguir, onde se divide a despesa anual por 12 e, logo em seguida, pela quantidade de expostos:

Tabela 17 – Prêmio de Risco por faixa etária, conforme Despesas e Expostos dos últimos doze meses.

Faixa Etária	DESPESAS		EXPOSTOS		PRÊMIO DE RISCO
	VALORES	%	QUANTIDADE	%	
0 a 18	594.926,09	12,95	1.352	29,35	36,68
19 a 23	127.972,83	2,79	111	2,41	95,86
24 a 28	931.608,74	20,28	678	14,72	114,5
29 a 33	1.318.925,71	28,71	843	18,30	130,43
34 a 38	566.155,88	12,32	612	13,28	77,09
39 a 43	441.819,81	9,62	425	9,23	86,7
44 a 48	285.362,85	6,21	286	6,21	83,1
49 a 53	152.970,42	3,33	165	3,58	77,1
54 a 58	95.722,84	2,08	98	2,13	81,81
59 ou +	79.118,28	1,72	38	0,82	174,27
GERAL	4.594.583,45	100,00	4.607	100,00	83,11

5.5 PRÊMIO PURO

A incidência dos sinistros numa carteira de usuários comporta-se de maneira aleatória. Quando uma avaliação como a presente é feita, estabelecem-se valores de prêmios a serem cobrados pelos próximos 12 meses. Para que os resultados se confirmem, um carregamento ou uma margem de segurança é adicionado ao prêmio de risco. O prêmio puro é calculado pela soma do prêmio de risco com o carregamento de segurança, para cada faixa etária e cada item de despesa assistencial. O Carregamento de segurança serve como uma margem para cobrir as flutuações estatísticas do risco, de modo que exista uma probabilidade pequena dos sinistros (utilizações na rede credenciada) superarem o custo do risco.

Utilizou-se nos cálculos a Teoria do Risco Coletivo, largamente descrita no item referente à metodologia e critérios técnicos.

O cálculo detalhado por Faixa Etária, Regime de Atendimento e Classe de Despesas está no ANEXO B – TEORIA DO RISCO COLETIVO – CÁLCULOS, o qual levou aos seguintes números:

Tabela 18 - Prêmio Puro por faixa etária

Faixa Etária	PRÊMIO PURO
0 a 18	45,18
19 a 23	164,44
24 a 28	155,20
29 a 33	167,34
34 a 38	98,46
39 a 43	120,14
44 a 48	121,16
49 a 53	118,22
54 a 58	149,73
59 ou +	357,21
GERAL	112,70

Quando comparados os Prêmios de Risco e o Puro, é possível de serem verificados os percentuais de margem de segurança que incidem sobre cada prêmio. Isto está apresentado na tabela:

Tabela 19 – Comparativo entre Prêmios e Margens de Segurança

Faixa Etária	Expostos	PRÊMIO DE RISCO	PRÊMIO PURO	MARGEM DE SEGURANÇA (%)
0 a 18	1.352	36,68	45,18	23,17
19 a 23	111	95,86	164,44	71,54
24 a 28	678	114,50	155,20	35,54
29 a 33	843	130,43	167,34	28,30
34 a 38	612	77,09	98,46	27,72
39 a 43	425	86,70	120,14	38,58
44 a 48	286	83,10	121,16	45,80
49 a 53	165	77,10	118,22	53,33
54 a 58	98	81,81	149,73	83,01
59 ou +	38	174,27	357,21	104,98
GERAL	4.607	83,11	112,70	35,60

Existem margens de segurança distintas a cada faixa etária, influenciadas principalmente pela quantidade de expostos, numa relação inversamente proporcional. A distribuição de expostos na data do cálculo leva a uma margem de segurança ponderada de 35,60%, mas pode se observar que na última faixa, por exemplo, devido ao perfil de gastos apurados e a baixa quantidade de beneficiários, é necessária uma margem de 104,98% para que seja garantido o nível de confiabilidade estatística.

5.6 PRÊMIO COMERCIAL

O Prêmio Comercial é o valor mínimo atuarialmente recomendável para que o plano seja operado. Nele já estão embutidos os devidos carregamentos, seguindo a formulação:

$$PC_{R,C,F} = \frac{PP_{R,C,F} * (1 + \alpha) + \beta}{(1 - \gamma)}$$

Sendo:

- α : Carregamento sobre o Prêmio Puro:
 - Inflação Médica: 12,95% a.a.;
 - Percentual de impacto da implantação da CBHPM: 0,4936% a.a.
- γ : Carregamento sobre o Prêmio Comercial:
 - Não há
- β : Carregamento em valores monetários:
 - Despesas com Serviços Próprios *per capita*: R\$6,48;
 - Despesas com novas coberturas (psicoterapia; cirurgia refrativa; reeducação postural global) *per capita*: R\$2,28;

Também está sendo aplicada a co-participação de 30% sobre os eventos que não possuem autorização prévia, conforme o desenho atual do plano e que incide sobre as despesas básicas de forma ponderada. O detalhamento deste cálculo está no ANEXO C – CO-PARTICIPAÇÃO – CÁLCULOS.

Depois de aplicados os devidos critérios, os valores são os que constam na tabela:

Tabela 20 - Prêmio Comercial por faixa etária

Faixa Etária	EXPOSTOS	PRÊMIO COMERCIAL
0 a 18	1.352	62,13
19 a 23	111	203,70
24 a 28	678	192,70
29 a 33	843	207,18
34 a 38	612	124,76
39 a 43	425	150,72
44 a 48	286	152,05
49 a 53	165	148,34
54 a 58	98	185,89
59 ou +	38	434,72
GERAL	4.607	142,14

A seguir, tabela com o comparativo dos três prêmios calculados:

Tabela 21 – Prêmios de Risco, Puro e Comercial

Faixa Etária	EXPOSTOS	PRÊMIO DE RISCO	PRÊMIO PURO	PRÊMIO COMERCIAL
0 a 18	1.352	36,68	45,18	62,13
19 a 23	111	95,86	164,44	203,70
24 a 28	678	114,50	155,20	192,70
29 a 33	843	130,43	167,34	207,18
34 a 38	612	77,09	98,46	124,76
39 a 43	425	86,70	120,14	150,72
44 a 48	286	83,10	121,16	152,05
49 a 53	165	77,10	118,22	148,34
54 a 58	98	81,81	149,73	185,89
59 ou +	38	174,27	357,21	434,72
GERAL	4.607	83,11	112,70	142,14

Tabela 22 – Comparativo de margens entre os prêmios calculados

Faixa Etária	PRÊMIO PURO SOBRE O PREMIO DE RISCO (%)	PRÊMIO COMERCIAL SOBRE O PREMIO PURO (%)	PRÊMIO COMERCIAL SOBRE O PREMIO PURO (%)
0 a 18	23,17	37,52	69,38
19 a 23	71,54	23,87	112,50
24 a 28	35,55	24,16	68,30
29 a 33	28,30	23,81	58,84
34 a 38	27,72	26,71	61,84
39 a 43	38,57	25,45	73,84
44 a 48	45,80	25,50	82,97
49 a 53	53,33	25,48	92,40
54 a 58	83,02	24,15	127,22
59 ou +	104,98	21,70	149,45
GERAL	35,60	26,12	71,03

5.6.1 Alinhamento do Prêmio Comercial

A RN N° 63 de 22 de dezembro de 2003 é clara em seu artigo 3º ao determinar que a variação por faixa é definida pela OPS desde que observados os seus dois incisos:

- 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.

Uma rápida análise dos valores definidos como Prêmio Comercial basta para verificar que a legislação não está atendida pelos valores calculados: a última faixa está praticamente 7 vezes acima da primeira e a variação entre a 10ª, 7ª e 1ª faixa também não está seguindo a regra estabelecida pela ANS. Outra situação bem evidente e em desacordo com a RN 63 é a de que os prêmios calculados não têm uma variação entre faixas que conduza a valores crescentes na medida em que as faixas etárias aumentam.

Não existe erro matemático neste não-alinhamento. Todos os critérios técnicos, premissas e histórico de utilizações do Plano Saúde Modelo levam

exatamente aos valores atuarialmente calculados como Prêmio Comercial. O que acontece aqui é justamente um grande desafio ao atuário responsável pela modelagem da tabela: formatar tarifas mercadologicamente viáveis que, ao mesmo tempo em que sejam atuarial e estatisticamente consistentes, atendam à legislação vigente e garantam a saúde econômica e financeira do plano até a próxima avaliação. O critério atuarial adotado para o alinhamento da tabela final de mensalidades foi dado, neste trabalho, da maneira a seguir:

a) Definidos os percentuais de variação por faixa etária. Para tanto foram utilizadas as variações⁶ a seguir:

FAIXA ETÁRIA	VARIAÇÃO ENTRE FAIXAS (%)	FATOR DE VARIAÇÃO (ΔF_R)
0 a 18	0,00	1,0000
19 a 23	2,34	1,0234
24 a 28	5,72	1,0572
29 a 33	31,37	1,3137
34 a 38	6,75	1,0675
39 a 43	12,48	1,1248
44 a 48	43,57	1,4357
49 a 53	14,42	1,1442
54 a 58	27,72	1,2772
59 ou +	67,56	1,6756

Quadro 3 – Variação referência por faixa etária

b) Calculado o preço da primeira faixa de valores alinhados através de uma ponderação entre a quantidade de expostos, os valores calculados e as variações de faixa etária referência, através de um mecanismo de soma do produto dos valores, conforme a fórmula:

$$PC_{F1}^A = \frac{\sum_1^{10} (PC_{R,C,F} \times Exp_F)}{\sum_1^{10} (\Delta F_R \times Exp_F)}$$

Onde:

PC_{F1}^A : Prêmio Comercial Alinhado para primeira faixa etária (F1)

⁶ Utilizado como base as variações de outro plano operado pela Autogestão Modelo que, por questões de confidencialidade dos dados, será preservado neste trabalho.

$PC_{R,C,F}$: Prêmio Comercial (não alinhado) para o regime R , classe C e faixa etária F

ΔF_R : Fator de Variação por faixa etária, conforme tabela referência

Exp_F : Quantidade de expostos por faixa etária

c) Após as definições anteriores, os valores para as demais faixas seguiram a seguinte formulação:

$$PC_{F_n}^A = (PC_{F_{n-1}}^A \times \Delta F_R) \times FA_n$$

Sendo:

$PC_{F_n}^A$: Prêmio Comercial Alinhado da faixa etária n (F_n)

$PC_{F_{n-1}}^A$: Prêmio Comercial Alinhado da faixa etária anterior n (F_{n-1})

ΔF_R : Fator de Variação por faixa etária, conforme tabela referência

FA_n : Fator de Ajuste, sendo este um valor compreendido no intervalo (0;1], ou seja, maior do que zero e menor ou igual a 1, gerado por iterações e aplicado a cada faixa etária, obedecendo às seguintes restrições:

- Variação entre as mensalidades da 10ª e da 1ª faixa: máximo 6 vezes
- Variação entre as mensalidades da 10ª e 7ª faixa etária menor ou igual à variação entre a 7ª e 1ª

Os valores calculados foram os que constam no quadro a seguir:

Faixa Etária	Fator de Ajuste (FA_n)
0 a 18	1,000000
19 a 23	0,513255
24 a 28	0,574041
29 a 33	0,700690
34 a 38	1,000000
39 a 43	1,000000
44 a 48	1,000000
49 a 53	1,000000
54 a 58	1,000000
59 ou +	1,000000

Quadro 4 – Valores do Fator de Ajuste por faixa etária

Aplicada a metodologia de cálculo supracitada, a tabela final do Plano Saúde Modelo a ser utilizada como base das projeções é a seguinte:

Faixa Etária	Prêmio Comercial Mínimo (Final)	Variação por Faixa (%)
0 a 18	102,89	0,00
19 a 23	105,30	2,34
24 a 28	111,32	5,72
29 a 33	146,24	31,37
34 a 38	156,11	6,75
39 a 43	175,59	12,48
44 a 48	252,09	43,57
49 a 53	288,45	14,42
54 a 58	368,41	27,72
59 ou +	617,32	67,56

Quadro 5 - Mensalidades finais mínimas alinhadas, com respectivas variações entre faixas etárias

VARIAÇÃO	VALOR
Variação 10ª / 1ª faixa etária	5,999511719
Variação 10ª / 7ª faixa etária	2,448794237
Variação 7ª / 1ª faixa etária	2,449986049

Quadro 6 – Variação entre faixas, conforme exigência legal

5.7 PROJEÇÕES

É importante frisar que as projeções deste capítulo consideram um cenário onde na data do cálculo a totalidade de titulares e dependentes do Plano Saúde Modelo aderiram ao modelo de custeio por tabela por faixa etária. Desta forma, quando considerados os 4.769 beneficiários, é possível projetar a seguinte receita mensal:

Tabela 23 – Projeção de receitas mensais considerando tabela por faixa etária

FAIXA ETÁRIA	TITULARES	DEPENDENTES	TOTAL	RECEITA TITULARES	RECEITA DEPENDENTES	RECEITA TOTAL
0 a 18	0	1.424	1.424	-	146.522,42	146.522,42
19 a 23	105	19	124	11.056,44	2.000,69	13.057,12
24 a 28	536	134	670	59.668,17	14.917,04	74.585,21
29 a 33	622	273	895	90.960,77	39.923,29	130.884,06
34 a 38	387	218	605	60.413,83	34.031,56	94.445,39
39 a 43	262	179	441	46.003,92	31.430,16	77.434,08
44 a 48	183	116	299	46.132,69	29.242,58	75.375,27
49 a 53	99	64	163	28.556,73	18.460,92	47.017,65
54 a 58	64	40	104	23.578,10	14.736,32	38.314,42
59 ou +	22	22	44	13.581,03	13.581,03	27.162,06
Totais	2.280	2.489	4.769	379.951,68	344.846,01	724.797,69

Tabela 24 – Projeção de receitas anuais considerando tabela por faixa etária

FAIXA ETÁRIA	TITULARES	DEPENDENTES	TOTAL	RECEITA TITULARES	RECEITA DEPENDENTES	RECEITA TOTAL
0 a 18	0	1.424	1.424	-	1.758.269,08	1.758.269,08
19 a 23	105	19	124	132.677,22	24.008,26	156.685,48
24 a 28	536	134	670	716.018,01	179.004,50	895.022,51
29 a 33	622	273	895	1.091.529,20	479.079,54	1.570.608,74
34 a 38	387	218	605	724.965,91	408.378,73	1.133.344,63
39 a 43	262	179	441	552.047,08	377.161,94	929.209,01
44 a 48	183	116	299	553.592,31	350.910,97	904.503,29
49 a 53	99	64	163	342.680,78	221.531,01	564.211,80
54 a 58	64	40	104	282.937,25	176.835,78	459.773,04
59 ou +	22	22	44	162.972,35	162.972,35	325.944,71
Totais	2.280	2.489	4.769	4.559.420,12	4.138.152,16	8.697.572,28

Para comparativo é interessante citar que a folha mensal de salário considerando a composição do grupo acima é de R\$4.282.330,95, sendo a receita estimada pela contribuição de 3% do salário de R\$128.469,93. Em outras palavras, ainda faltariam R\$596.327,76 para compor a receita mínima estimada de R\$724.797,69.

Outro prisma de análise é comparar a proporção de receita mínima necessária em relação à folha salarial. O necessário a ser arrecadado mensalmente nos próximos 12 meses significa 16,93% da folha salarial, bem distantes dos 3% angariados atualmente.

Esta troca de modelo de custeio implica vários aspectos, analisados no próximo capítulo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1 ASPECTOS IMPORTANTES SOBRE OS MODELOS DE CUSTEIO

A maior concentração de funcionários e respectivos dependentes do plano está na faixa salarial entre R\$600,00 e R\$800,00. Este é um fato importante e que gera preocupações, pois como a receita do grupo familiar é em função apenas do salário do titular, as contribuições arrecadadas ficam aquém do mínimo necessário para manter equilíbrio do plano. Soma-se a este o fato de que o número de beneficiários do sexo feminino é bem maior que o masculino. Não foi encontrado na literatura nada a respeito, mas a praxe mostra que historicamente a expectativa de gastos em um plano de saúde é maior no sexo feminino (*Tabela 7 – Salário médio por gênero*), o salário médio entre as mulheres é menor, gerando tendência de aumento da sinistralidade do plano num custeio pela folha.

A composição familiar deve ser constantemente monitorada no custeio por percentual de salário, pois o aumento na quantidade de dependentes é iminência de aumento de despesas sem compensação de receitas.

Modelos de custeios onde a receita é oriunda da contribuição funcional não proporcionam contrapartida para o caso de aumento das despesas, pois tal receita é essencialmente atrelada à quantidade de titulares do plano e o nível salarial destes. Em outras palavras, a variação das despesas não está correlacionada com as receitas.

Com base nas considerações acima, é possível verificar que o atual modelo possui particularidades que dificultam uma mensuração adequada do montante financeiro necessário para a operação do plano. Porém, apesar das vantagens que o custeio por tabela por faixas etárias proporciona, a mudança do atual padrão

implica, na prática, em alterações importantes tanto para a Autogestão quanto para os funcionários.

Existe um grande percentual de margem de segurança nos valores finais calculados. Isto é explicado pela própria Teoria do Risco Coletivo e pela Lei dos Grandes Números, já tratadas neste trabalho: a população do Plano Saúde Modelo não é grande e o risco ao qual esta está exposto tem uma variabilidade muito grande em relação à frequência e valores. O plano tanto está sujeito ao risco de utilização de um exame de baixo valor quanto ao de uma internação prolongada, complexa e, conseqüentemente, de alto custo. O critério técnico adotado de segmentar as despesas em Regime de Atendimento e Classe de Despesas é o correto e o recomendado, pois desta forma os riscos são homogeneizados. O “calcanhar de Aquiles” deste método, quando utilizado em uma população relativamente pequena, reside no fato em que se diminui a massa crítica em cada item. Conseqüência: para que seja possível garantir confiabilidade nos dados, a formulação leva à margens elevadas.

A tabela apresentada neste estudo é no formato *per capita* e deve ser aplicada tanto para titulares quanto para dependentes. Atualmente o percentual descontado serve para o grupo familiar como um todo, o que faz com que a adoção desta tabela possa se tornar onerosa, dependendo do nível salarial do funcionário.

Uma alternativa adotada por diversas empresas é o compartilhamento dos gastos, dividindo a mensalidade em parte patronal e funcional. É usual a empresa assumir um percentual da mensalidade, conforme pode ser verificado na pesquisa realizada pela Mercer (2004).

Também existem empresas que definem um limitador de valores, ou seja, a mensalidade limitada a um percentual do salário. O problema neste caso reside nos salários mais baixos, onde este percentual pode restringir a arrecadação de receitas. Cabe ao empregador estabelecer qual o percentual de custeio de cada uma das partes, pois se trata de uma decisão estratégica da empresa.

6.2 RECOMENDAÇÕES PARA A OPERAÇÃO DO PLANO

Apesar de todo o esforço para calcular e definir prêmios tecnicamente consistentes, é inerente da operação de seguros a possibilidade de ocorrências alheias à vontade dos envolvidos. Alcançar o equilíbrio econômico, financeiro e atuarial, além de ser uma meta, é também uma necessidade de qualquer operadora. Diante da possibilidade da concretização de cenários adversos, torna-se imprescindível a implementação de ações e medidas no desenrolar das operações.

Obviamente que os esforços para que o plano mantenha-se bem durante toda a sua duração deva ser a tônica de todos os segmentos da empresa, mas caso exista algum prenúncio de prejuízo, providências deverão ser tomadas.

E seja qual for a forma de custeio adotada (tabela por faixa etária ou percentual sobre a folha de pagamento), quando a situação financeira do plano não for a esperada, a operadora necessitará alcançar a melhora dos resultados, seja pelo aumento das receitas ou pela diminuição das despesas. Claro que um aumento das contribuições é uma medida que resulta num incremento de receitas. Contudo, por vários motivos, muitas vezes essa decisão não é a mais viável a ser adotada.

Partindo deste ponto de vista, serão expostas a seguir algumas propostas de ações para os casos onde a apuração de resultados do plano verificar o déficit ou a possibilidade deste. Estas terão o intuito de minimizar os riscos e reverter o resultado:

a) Co-responsabilidade

O Plano Saúde Modelo já possui um mecanismo de co-responsabilidade na forma de co-participação de 30% em eventos para os quais não necessitem de autorização prévia. Desta forma, os itens que necessitam desta autorização (eventos de alto custo) ficam livres desta cobrança. O aumento do percentual de co-participação pode ser uma forma de inibir a utilização indevida e aumentar a recuperação das despesas. Outra medida seria incluir co-participação em exames de alto custo. Neste caso, o ideal é a utilização de co-participação limitada a um

determinado valor, de forma a não onerar muito o beneficiário e/ou dificultar o acesso a serviços necessário. Aliada à essa medida é aconselhável a inclusão de fator moderador em internação, figura inexistente no modelo atual do Plano. Tal fator tem o efeito de evitar que pacientes façam em regime de internação alguns procedimentos que deveriam ser feitos em ambiente ambulatorial. Cabe ressaltar que fator moderador em internação deve ser um valor monetário e nunca em percentual.

b) Serviços Próprios

No mercado, os planos com atendimentos dirigidos para os serviços próprios permitem um controle mais efetivo dos seus custos, principalmente os fixos. A operadora pode trabalhar com metas pré-estabelecidas e formar parcerias com os prestadores. Isso permite, muitas vezes, a negociação com os médicos, de remunerações inferiores às normalmente praticadas. É possível por que os médicos têm uma parcela de seus gastos reduzida, pois não terão despesas operacionais fixas, como por exemplo, despesas com consultório, manutenção, comunicação e contratação de secretária. Evidentemente, esta medida é válida somente quando os custos fixos e variáveis do serviço próprio forem inferiores aos da rede credenciada.

c) Auditoria

Fortalecer os mecanismos de auditoria médica, valendo-se de estatísticas com o intuito de verificar comportamentos dentro de cada situação específica (especialidade, prestador, tipo de tratamentos, etc.) e definir os níveis considerados ideais. Para fazer uma triagem de possíveis abusos na cobrança, vale incentivar a auditoria hospitalar “in loco”. Complementando essas medidas, recomenda-se ainda a identificação dos prestadores com maiores cobranças no plano, visando a adoção de medidas de redução de custos mais objetivas.

d) *Stop-Loss*

É um fundo destinado a cobrir despesas que ultrapassem um determinado valor. Na operação de planos de saúde, o que se observa é a preocupação da

operadora em se resguardar de “eventos de ponta”, ou seja, situações em que o valor da despesa possa vir de alguma forma a comprometer a sinistralidade do plano. Em caso de desequilíbrio, muitas operadoras adotam esse seguro também como uma ferramenta de financiamento de fluxo de caixa, pois permite a recuperação de prejuízo dentro de um mesmo exercício. Como a carência é uma forma de seleção de risco e acumulação primária de capital, na ausência de sua obrigatoriedade (como é o caso do Plano Saúde Modelo) o *Stop Loss* pode funcionar como uma alternativa para minimizar eventuais causas de déficit.

e) Provisão para Insuficiência de Prêmios (PIP)

É um fundo constituído para a cobertura de possíveis desequilíbrios atuariais, variando de acordo com critério técnico/atuarial específico do ramo de seguro a que se destina. Para planos de saúde, o prêmio - ou mensalidade - é mensurado atuarialmente baseado em uma série de fatores de risco inerentes ao produto que a empresa opera (sexo, idade, custos, abrangência dos produtos, dentre outros). Normalmente, tais fatores não possuem uma ligação com a capacidade de pagamento do beneficiário, ou seja, a fonte de renda do beneficiário depende de fatores exógenos à operação de saúde em si. A PIP destina-se a resguardar a OPS das eventuais diferenças entre os valores pagos pelos beneficiários e os gastos apurados nos planos, que venham a gerar desequilíbrio na operação. Esta provisão é importante também quando se leva em conta a legislação vigente, principalmente a Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003, a qual instituiu o Estatuto do Idoso. O artigo 15, inciso V, parágrafo 3º desta lei veda a cobrança de valores diferenciados de mensalidades em função da idade. Os gastos com saúde são diretamente proporcionais à idade e este limitador legal engessa financeiramente a operadora. A fim de minimizar este efeito pode ser constituída a Provisão de Insuficiência de Prêmios.

f) Redefinição das Faixas Etárias

Planos empresariais não estão sob a obrigatoriedade da confecção de Nota Técnica Atuarial, o que desatreia o plano do cumprimento da regulação sobre faixas etárias. Assim sendo, uma opção para um plano empresarial deficitário retornar ao

equilíbrio é a adoção de tabela por faixas etárias diferentes das atualmente previstas, desde que devidamente alinhadas de forma a equalizar receitas e despesas.

6.3 CONCLUSÃO

Os desafios na saúde suplementar são muitos e vários cenários podem se concretizar ao longo da operação. Apesar disso, existem muitas opções para minimizar os riscos inerentes à operação de planos de saúde. Tabela aqui calculada garante estatística e atuarialmente o equilíbrio da autogestão, proporcionando uma previsibilidade e lastro financeiro até então inexistentes.

Os números calculados, as recomendações e demais aspectos aqui apresentadas são válidos para a operação do plano, mas não são os únicos e nem se encerram em si. O modelo de custeio é uma decisão da Autogestão e envolve diversos aspectos que podem ir além dos aqui tratados. Para que a empresa antecipe situações indesejáveis é mister o acompanhamento com periodicidade mínima anual, a fim de certificação da adequação das premissas e hipóteses ao cálculo, podendo ter o seu custeio reavaliado em razão da alteração do perfil de gastos com despesas médicas, das variações salariais, das novas adesões ou desligamento de funcionários, mudanças da massa assistida, envelhecimento da população, a modificação do perfil da massa assistida, crescimento dos custos médicos ou mesmo de mudança das premissas e hipóteses aqui consideradas.

É notório que o crescimento dos custos médicos obedece a fatores distintos aos de crescimento salarial, pois a folha de pagamento dos empregados não sofre os mesmos reajustes. Para a manutenção financeira, técnica e atuarial no longo prazo, o custeio por tabela por faixa etária reajustável anualmente é o mais recomendado, haja vista que a receita não está atrelada ao aumento da folha mensal de salários.

Os cenários de custeio apresentados nesse trabalho garantem que o plano estará equilibrado pelo próximo período de 12 (doze) meses, desde que confirmadas as hipóteses e premissas atuariais.

REFERÊNCIAS

_____. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília, 1990.

_____. Lei nº. 9.961, de 28 de fevereiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 jan. 2000.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 28. Altera a RDC nº 4, de 18 de fevereiro de 2000, e institui a Nota Técnica de Registro de Produto. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 jun. 2001.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº. 39. Dispõe sobre a definição, segmentação e a classificação das operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 30 out. 2000.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº. 77. Dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde -OPS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 jul. 2001.

_____. Resolução Normativa - RN nº. 63. Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 dez. 2003.

_____. Resolução Normativa - RN nº. 100. Altera a RN nº. 85, de 7 de dezembro de 2005 e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 06 jun. 2005.

AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR – ANS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em 09 mai. 2009.

BRASIL. Decreto nº. 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Rio de Janeiro, RJ, 28 jan. 1923.

BRASIL. Lei nº. 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 dez. 1971.

BRASIL. Lei nº. 3.087, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 05 set. 1960.

BRASIL. Lei nº. 6.435, de 15 de julho de 1977. Dispõe sobre as entidades de previdência privada. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 jul. 1977.

BRASIL. Lei nº. 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 03 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 9.656 de 03 de junho de 1998. Brasília, 1998. Dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 4 jun. 1998.

CADERNO DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR. Rio de Janeiro: ANS, 2009. Trimestral.

CENTRO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO DE HISTÓRIA CONTEMPORÂNEA DO BRASIL – CPDOC – FGV. Disponível em: <<http://www.cpdoc.fgv.br>>. Acesso em 12 abr. 2009.

CUNHA, M; MARIMON, R. **Orientações operacionais para Operadoras de Planos de Saúde**. São Paulo: Unimed – Central de Bens e Serviços, 2005.

DIRUBE, A. F. **Manual de Resseguros**. Buenos Aires: General Cologne Re, 1991.

EMPRESA DE TECNOLOGIA E INFORMACOES DA PREVIDENCIA SOCIAL - DATAPREV. Disponível em: <<http://www.dataprev.gov.br>>. Acesso em 12 abr. 2009.

FERREIRA, W. J. **Coleção introdução à Ciência Atuarial**. Rio de Janeiro: IRB, 1985.

FONSECA, A. L. **Portabilidade em Planos de Saúde No Brasil**. 2004 130 f. Dissertação (Mestrado em Regulação de Saúde Suplementar) – Escola Nacional de Saúde Pública ENSP, Rio de Janeiro, 2004.

HEMARD, J. **Theorie et Pratique des Assurances Terrestres**. Paris: Recueil Sirey, 1924.

MANO, C.M.C.A.B. **Melhoria da qualidade na tarificação de seguros: uso de modelos de credibilidade**. 1997 105 f. Tese (Doutorado em Ciências em Engenharia de Produção) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

NETTO, G. R. S. **Fraudes no Seguro Saúde**. Rio de Janeiro: Funenseg, 2001.

PESQUISA MERCER SAÚDE 2004. São Paulo: Mercer Human Resource Consulting, 2004.

PESQUISA NACIONAL 2007. São Paulo: UNIDAS, 2007. Anual

PRESIDENCIA DA REPÚBLICA - CASA CIVIL - SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 12 abr. 2009.

PREVIDENCIA SOCIAL – MINISTERIO DA PREVIDENCIA SOVIAL. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br>>. Acesso em 12 abr. 2009.

UNIAO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAUDE - UNIDAS. Disponível em: <<http://www.unidas.org.br>>. Acesso em 12 abr. 2009.

UNIDAS. **Autogestão em saúde no Brasil 1980-2005: História da organização e consolidação do setor**. São Paulo: União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – Unidas, 2005.

VENDRAMINI, L.F. **Metodologia para precificação de planos de assistência à saúde: um enfoque estatístico, atuarial e financeiro**. 2001 173 f. Dissertação (Mestrado em Administração e Gestão Financeira) – Universidad de Extremadura – Espanha - FAESP/IPCA - Brasil, Curitiba, 2001.

ANEXO A – PERFIL SALARIAL E DE TITULARIDADE

SALARIO COM CRESCIMENTO	QUANTIDADE DE TITULARES	QUANTIDADE DE FILHOS	QUANTIDADE DE CONJUGE/COMPANHEIRO	SOMA DE SALARIOS
476,43	2	2	2	952,87
562,80	116	88	59	65.284,26
564,98	1	0	0	564,98
595,54	2	2	1	1.191,08
595,55	20	19	10	11.911,01
675,35	46	26	9	31.066,11
683,39	39	10	12	26.652,23
714,66	83	45	25	59.316,49
723,59	157	86	63	113.604,03
750,39	17	15	9	12.756,64
763,78	2	1	2	1.527,57
763,79	110	40	35	84.017,39
774,21	2	0	1	1.548,42
803,99	160	70	55	128.637,75
804,00	4	2	1	3.215,99
820,07	2	1	1	1.640,13
857,58	94	52	38	80.612,66
868,30	2	3	1	1.736,60
868,31	6	6	3	5.209,85
893,32	19	15	9	16.972,99
905,23	1	1	0	905,23
916,54	4	2	2	3.666,16
920,11	1	2	0	920,11
952,87	46	16	16	43.831,94
952,89	1	0	0	952,89
964,78	27	20	12	26.049,14
1.012,42	1	0	1	1.012,42

SALARIO COM CRESCIMENTO	QUANTIDADE DE TITULARES	QUANTIDADE DE FILHOS	QUANTIDADE DE CONJUGE/COMPANHEIRO	SOMA DE SALARIOS
1.052,41	19	13	4	19.995,88
1.071,97	74	49	40	79.326,10
1.114,31	5	6	4	5.571,56
1.114,32	64	50	33	71.316,59
1.131,53	1	0	0	1.131,53
1.143,44	11	17	8	12.577,86
1.143,45	2	1	1	2.286,90
1.176,23	36	16	18	42.344,22
1.191,08	1	1	0	1.191,08
1.191,09	1	2	1	1.191,09
1.235,28	1	0	0	1.235,28
1.238,14	56	32	20	69.335,57
1.242,38	4	3	2	4.969,54
1.310,20	1	0	1	1.310,20
1.315,47	3	0	0	3.946,40
1.429,29	9	2	3	12.863,63
1.429,30	15	5	7	21.439,54
1.461,63	4	4	1	5.846,52
1.547,50	14	10	8	21.665,03
1.548,41	1	0	1	1.548,41
1.633,48	9	2	5	14.701,30
1.719,44	7	6	3	12.036,11
1.837,09	2	3	0	3.674,18
1.911,18	10	6	7	19.111,84
2.023,61	48	54	32	97.133,46
2.052,83	19	14	8	39.003,73
2.082,04	5	5	3	10.410,21
2.136,02	1	2	1	2.136,02
2.136,03	35	37	23	74.761,16

SALARIO COM CRESCIMENTO	QUANTIDADE DE TITULARES	QUANTIDADE DE FILHOS	QUANTIDADE DE CONJUGE/COMPANHEIRO	SOMA DE SALARIOS
2.203,50	5	6	5	11.017,51
2.204,50	1	1	0	2.204,50
2.204,51	7	7	5	15.431,58
2.212,22	5	7	4	11.061,09
2.248,45	51	36	22	114.671,09
2.248,46	1	2	1	2.248,46
2.249,62	1	0	0	2.249,62
2.263,05	2	1	2	4.526,11
2.277,94	2	0	1	4.555,88
2.325,60	1	2	0	2.325,60
2.326,98	8	1	4	18.615,85
2.335,13	9	8	7	21.016,14
2.382,15	8	7	4	19.057,20
2.382,16	36	20	16	85.757,78
2.411,94	8	5	4	19.295,50
2.449,45	74	39	31	181.259,43
2.458,02	9	8	5	22.122,21
2.484,77	26	19	14	64.604,00
2.501,27	3	5	3	7.503,80
2.520,93	1	1	1	2.520,93
2.545,94	7	4	4	17.821,55
2.630,92	5	5	2	13.154,61
2.630,93	65	47	33	171.010,65
2.668,01	10	4	4	26.680,11
2.668,02	11	7	5	29.348,23
2.679,93	17	4	7	45.558,73
2.777,10	34	25	24	94.421,31
2.923,26	64	44	28	187.088,73
2.935,48	1	1	1	2.935,48

SALARIO COM CRESCIMENTO	QUANTIDADE DE TITULARES	QUANTIDADE DE FILHOS	QUANTIDADE DE CONJUGE/COMPANHEIRO	SOMA DE SALARIOS
2.949,63	14	10	8	41.294,85
2.964,96	11	4	5	32.614,59
2.977,69	17	5	8	50.620,73
2.977,70	1	2	1	2.977,70
3.139,37	1	2	1	3.139,37
3.156,35	1	3	1	3.156,35
3.184,29	1	2	1	3.184,29
3.204,05	1	1	1	3.204,05
3.215,91	1	2	1	3.215,91
3.318,33	11	9	8	36.501,67
3.488,19	35	16	22	122.086,71
3.502,68	1	1	1	3.502,68
3.538,09	7	4	3	24.766,63
3.573,23	6	1	2	21.439,38
3.687,03	26	17	17	95.862,91
3.746,21	26	25	17	97.401,54
3.746,22	1	0	0	3.746,22
3.875,97	2	0	2	7.751,95
3.954,34	15	7	7	59.315,04
4.047,22	4	0	1	16.188,87
4.162,46	23	10	15	95.736,55
4.168,76	1	0	1	4.168,76
4.168,77	7	4	4	29.181,39
4.222,38	2	0	1	8.444,75
4.272,07	4	4	3	17.088,27
4.392,78	12	16	9	52.713,31
4.496,92	6	3	4	26.981,49
4.651,16	3	3	1	13.953,49
4.651,17	27	22	18	125.581,65

SALARIO COM CRESCIMENTO	QUANTIDADE DE TITULARES	QUANTIDADE DE FILHOS	QUANTIDADE DE CONJUGE/COMPANHEIRO	SOMA DE SALARIOS
4.764,30	2	0	1	9.528,60
4.764,31	2	0	1	9.528,62
4.903,09	1	0	1	4.903,09
4.909,57	12	4	3	58.914,82
4.916,05	1	0	1	4.916,05
4.967,50	2	0	0	9.934,99
5.002,51	1	1	1	5.002,51
5.002,52	21	22	17	105.052,97
5.097,81	6	1	1	30.586,86
5.167,96	23	15	13	118.863,19
5.359,84	3	0	0	16.079,52
5.912,98	1	0	1	5.912,98
5.955,38	1	1	0	5.955,38
6.431,81	9	3	4	57.886,33
6.789,13	6	4	5	40.734,79
7.146,46	20	16	11	142.929,21
9.068,86	2	2	2	18.137,72
9.572,69	1	0	0	9.572,69
10.076,51	2	1	0	20.153,03
11.017,46	2	2	1	22.034,91

ANEXO B – TEORIA DO RISCO COLETIVO – CÁLCULOS

Regime R_i	Classe de Despesas C_j	Faixa Etária F_k	Expostos Exp	Frequência Q	Despesas $\sum D$	Despesas ao Quadrado $\sum D^2$	$p = (Q + 1,96 * \sqrt{Q})$	$p_1 = \sum D / Q$	$p_2 = \sum D^2 / Q$	$\frac{p * p_1 + 1,96 * \sqrt{p * p_2}}{Exp * m}$
Ambulatorial	Consulta	0 a 18	1.352	4741	160.786,04	5.816.665,33	4.876,26	33,91	1.226,81	10,49
Ambulatorial	Consulta	19 a 23	111	518	17.238,62	600.213,66	562,61	33,28	1.158,71	15,21
Ambulatorial	Consulta	24 a 28	678	3449	118.023,61	4.709.804,02	3.564,11	34,22	1.365,56	15,52
Ambulatorial	Consulta	29 a 33	843	4198	145.754,18	5.662.194,51	4.324,99	34,72	1.348,78	15,32
Ambulatorial	Consulta	34 a 38	612	2205	74.749,47	2.615.829,31	2.297,04	33,90	1.186,32	11,04
Ambulatorial	Consulta	39 a 43	425	1526	52.316,12	1.847.685,41	1.602,57	34,28	1.210,80	11,32
Ambulatorial	Consulta	44 a 48	286	838	28.424,83	983.147,82	894,74	33,92	1.173,21	9,42
Ambulatorial	Consulta	49 a 53	165	504	17.595,28	1.062.410,24	548,00	34,91	2.107,96	10,70
Ambulatorial	Consulta	54 a 58	98	316	10.436,30	355.536,09	350,84	33,03	1.125,11	10,96
Ambulatorial	Consulta	59 ou +	38	146	5.006,10	179.451,04	169,68	34,29	1.229,12	14,79
Ambulatorial	Procedimento Diagnóstico	0 a 18	1.352	6795	124.464,29	11.962.402,22	6.956,77	18,32	1.760,42	8,28
Ambulatorial	Procedimento Diagnóstico	19 a 23	111	1483	41.741,66	8.798.146,89	1.558,48	28,15	5.932,67	37,32
Ambulatorial	Procedimento Diagnóstico	24 a 28	678	10197	265.345,57	42.527.552,68	10.394,92	26,02	4.170,59	34,83
Ambulatorial	Procedimento Diagnóstico	29 a 33	843	13948	357.698,48	55.814.078,81	14.179,48	25,65	4.001,58	37,42
Ambulatorial	Procedimento Diagnóstico	34 a 38	612	8408	215.218,80	37.754.843,56	8.587,72	25,60	4.490,35	31,59
Ambulatorial	Procedimento Diagnóstico	39 a 43	425	6426	159.838,43	24.649.426,58	6.583,12	24,87	3.835,89	34,07
Ambulatorial	Procedimento Diagnóstico	44 a 48	286	3900	103.802,16	18.492.234,50	4.022,40	26,62	4.741,60	33,67
Ambulatorial	Procedimento Diagnóstico	49 a 53	165	2339	61.181,77	10.483.208,77	2.433,79	26,16	4.481,92	35,35
Ambulatorial	Procedimento Diagnóstico	54 a 58	98	1310	40.607,95	8.415.937,25	1.380,94	31,00	6.424,38	41,58
Ambulatorial	Procedimento Diagnóstico	59 ou +	38	757	20.414,35	4.263.045,24	810,93	26,97	5.631,50	57,39
Ambulatorial	Procedimentos Terapêuticos	0 a 18	1.352	2819	59.055,92	1.537.103,37	2.923,06	20,95	545,27	3,93
Ambulatorial	Procedimentos Terapêuticos	19 a 23	111	279	5.664,26	249.963,88	311,74	20,30	895,93	5,52
Ambulatorial	Procedimentos Terapêuticos	24 a 28	678	2278	49.380,14	30.186.090,09	2.371,55	21,68	13.251,14	7,67

Regime R_i	Classe de Despesas C_j	Faixa Etária F_k	Expostos Exp	Frequência Q	Despesas $\sum D$	Despesas ao Quadrado $\sum D^2$	$p = (Q + 1,96 * \sqrt{Q})$	$p_1 = \sum D / Q$	$p_2 = \sum D^2 / Q$	$\frac{p * p_1 + 1,96 * \sqrt{p * p_2}}{Exp * m}$
Ambulatorial	Procedimentos Terapêuticos	29 a 33	843	2828	55.441,86	2.109.371,24	2.932,23	19,60	745,89	5,97
Ambulatorial	Procedimentos Terapêuticos	34 a 38	612	1735	34.569,26	849.118,23	1.816,64	19,92	489,41	5,18
Ambulatorial	Procedimentos Terapêuticos	39 a 43	425	1205	22.933,34	775.113,52	1.273,04	19,03	643,25	5,10
Ambulatorial	Procedimentos Terapêuticos	44 a 48	286	913	19.130,01	538.113,28	972,22	20,95	589,39	6,36
Ambulatorial	Procedimentos Terapêuticos	49 a 53	165	483	9.213,08	219.233,29	526,08	19,07	453,90	5,54
Ambulatorial	Procedimentos Terapêuticos	54 a 58	98	215	4.612,28	143.265,98	243,74	21,45	666,35	5,14
Ambulatorial	Procedimentos Terapêuticos	59 ou +	38	147	2.857,96	69.552,37	170,76	19,44	473,15	8,54
Ambulatorial	Honorários Médicos	0 a 18	1.352	461	15.599,56	3.006.929,37	503,08	33,84	6.522,62	1,27
Ambulatorial	Honorários Médicos	19 a 23	111	60	3.002,59	736.344,67	75,18	50,04	12.272,41	4,23
Ambulatorial	Honorários Médicos	24 a 28	678	472	25.420,37	5.874.449,46	514,58	53,86	12.445,87	4,02
Ambulatorial	Honorários Médicos	29 a 33	843	600	41.513,87	12.819.669,52	648,01	69,19	21.366,12	5,16
Ambulatorial	Honorários Médicos	34 a 38	612	333	17.910,96	3.300.752,54	369,19	53,72	9.900,28	3,21
Ambulatorial	Honorários Médicos	39 a 43	425	217	15.246,43	3.883.098,85	245,87	70,26	17.894,46	4,20
Ambulatorial	Honorários Médicos	44 a 48	286	146	11.122,19	2.464.112,50	169,25	76,39	16.923,85	4,73
Ambulatorial	Honorários Médicos	49 a 53	165	84	10.503,76	7.785.268,29	101,96	125,04	92.681,77	9,46
Ambulatorial	Honorários Médicos	54 a 58	98	80	6.669,08	1.987.589,64	97,53	83,36	24.844,87	9,56
Ambulatorial	Honorários Médicos	59 ou +	38	27	3.871,84	1.441.810,13	37,18	143,40	53.400,38	17,83
Ambulatorial	Material e Medicamento	0 a 18	1.352	4050	35.109,31	80.427.638,23	4.174,73	8,67	19.858,68	3,33
Ambulatorial	Material e Medicamento	19 a 23	111	739	4.637,20	900.162,76	792,28	6,27	1.218,08	5,17
Ambulatorial	Material e Medicamento	24 a 28	678	5076	27.080,17	4.697.945,85	5.215,64	5,33	925,52	3,95
Ambulatorial	Material e Medicamento	29 a 33	843	4808	168.093,55	1.274.592.632,52	4.943,91	34,96	265.098,30	24,11
Ambulatorial	Material e Medicamento	34 a 38	612	3431	25.361,14	24.077.438,81	3.545,81	7,39	7.017,62	4,90
Ambulatorial	Material e Medicamento	39 a 43	425	2646	24.041,00	9.399.142,35	2.746,82	9,09	3.552,21	6,10
Ambulatorial	Material e Medicamento	44 a 48	286	941	10.066,97	2.510.800,94	1.001,12	10,70	2.668,23	4,05
Ambulatorial	Material e Medicamento	49 a 53	165	269	8.495,05	3.750.284,75	301,15	31,58	13.941,58	6,82
Ambulatorial	Material e Medicamento	54 a 58	98	224	9.669,46	17.403.422,09	253,33	43,17	77.693,85	16,78
Ambulatorial	Material e Medicamento	59 ou +	38	7086	9.223,65	12.946.352,38	7.250,99	1,30	1.827,03	36,50

Regime R_i	Classe de Despesas C_j	Faixa Etária F_k	Expostos Exp	Frequência Q	Despesas $\sum D$	Despesas ao Quadrado $\sum D^2$	$p = (Q + 1,96 * \sqrt{Q})$	$p_1 = \sum D / Q$	$p_2 = \sum D^2 / Q$	$\frac{p * p_1 + 1,96 * \sqrt{p * p_2}}{Exp * m}$
Ambulatorial	Diária	0 a 18	1.352	168	4.818,79	1.243.511,03	193,40	28,68	7.401,85	0,49
Ambulatorial	Diária	19 a 23	111	26	459,22	35.945,43	35,99	17,66	1.382,52	0,80
Ambulatorial	Diária	24 a 28	678	126	3.559,73	253.019,81	148,00	28,25	2.008,09	0,65
Ambulatorial	Diária	29 a 33	843	173	3.191,10	159.646,60	198,78	18,45	922,81	0,45
Ambulatorial	Diária	34 a 38	612	106	2.157,91	134.375,37	126,18	20,36	1.267,69	0,46
Ambulatorial	Diária	39 a 43	425	78	1.396,21	97.564,51	95,31	17,90	1.250,83	0,47
Ambulatorial	Diária	44 a 48	286	40	909,94	58.016,49	52,40	22,75	1.450,41	0,50
Ambulatorial	Diária	49 a 53	165	16	425,77	30.827,61	23,84	26,61	1.926,73	0,53
Ambulatorial	Diária	54 a 58	98	5	148,31	6.835,43	9,38	29,66	1.367,09	0,43
Ambulatorial	Diária	59 ou +	38	13	471,73	41.659,54	20,07	36,29	3.204,58	2,70
Ambulatorial	Taxas	0 a 18	1.352	1389	13.638,09	647.805,36	1.462,30	9,82	466,30	0,98
Ambulatorial	Taxas	19 a 23	111	154	1.983,43	103.514,97	178,32	12,88	672,18	2,23
Ambulatorial	Taxas	24 a 28	678	988	14.585,38	1.605.366,32	1.049,61	14,76	1.624,86	2,22
Ambulatorial	Taxas	29 a 33	843	1089	17.554,61	1.112.988,32	1.153,68	16,12	1.022,03	2,05
Ambulatorial	Taxas	34 a 38	612	584	9.455,92	687.898,45	631,37	16,19	1.177,91	1,62
Ambulatorial	Taxas	39 a 43	425	429	7.868,53	929.673,75	469,60	18,34	2.167,07	2,08
Ambulatorial	Taxas	44 a 48	286	205	6.141,93	1.611.328,97	233,06	29,96	7.860,14	2,81
Ambulatorial	Taxas	49 a 53	165	106	2.145,78	391.632,81	126,18	20,24	3.694,65	1,96
Ambulatorial	Taxas	54 a 58	98	73	2.303,98	311.652,11	89,75	31,56	4.269,21	3,46
Ambulatorial	Taxas	59 ou +	38	85	2.479,48	916.465,27	103,07	29,17	10.781,94	11,17
Ambulatorial	Outros	0 a 18	1.352	552	3.285,06	4.304.841,14	598,05	5,95	7.798,63	0,48
Ambulatorial	Outros	19 a 23	111	1	212,76	45.266,82	2,96	212,76	45.266,82	1,01
Ambulatorial	Outros	24 a 28	678	31	7.391,21	4.238.126,35	41,91	238,43	136.713,75	1,80
Ambulatorial	Outros	29 a 33	843	35	12.038,73	9.450.015,02	46,60	343,96	270.000,43	2,27
Ambulatorial	Outros	34 a 38	612	16	4.054,91	4.771.740,40	23,84	253,43	298.233,78	1,53
Ambulatorial	Outros	39 a 43	425	11	6.105,41	7.169.001,91	17,50	555,04	651.727,45	3,21
Ambulatorial	Outros	44 a 48	286	24	5.547,94	12.796.502,95	33,60	231,16	533.187,62	4,68

Regime R_i	Classe de Despesas C_j	Faixa Etária F_k	Expostos Exp	Frequência Q	Despesas $\sum D$	Despesas ao Quadrado $\sum D^2$	$p = (Q + 1,96 * \sqrt{Q})$	$p_1 = \sum D / Q$	$p_2 = \sum D^2 / Q$	$\frac{p * p_1 + 1,96 * \sqrt{p * p_2}}{Exp * m}$
Ambulatorial	Outros	49 a 53	165	11	6.887,02	10.910.589,41	17,50	626,09	991.871,76	9,64
Ambulatorial	Outros	54 a 58	98	1	1.500,00	2.250.000,00	2,96	1.500,00	2.250.000,00	8,12
Ambulatorial	Outros	59 ou +	38	3	854,93	263.665,95	6,39	284,98	87.888,65	7,25
Domiciliar	Consulta	0 a 18	1.352	2	71,00	2.906,92	4,77	35,50	1.453,46	0,02
Domiciliar	Consulta	19 a 23	111	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Consulta	24 a 28	678	2	467,84	120.365,47	4,77	233,92	60.182,74	0,27
Domiciliar	Consulta	29 a 33	843	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Consulta	34 a 38	612	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Consulta	39 a 43	425	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Consulta	44 a 48	286	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Consulta	49 a 53	165	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Consulta	54 a 58	98	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Consulta	59 ou +	38	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Procedimento Diagnóstico	0 a 18	1.352	3	73,92	2.200,06	6,39	24,64	733,35	0,02
Domiciliar	Procedimento Diagnóstico	19 a 23	111	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Procedimento Diagnóstico	24 a 28	678	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Procedimento Diagnóstico	29 a 33	843	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Procedimento Diagnóstico	34 a 38	612	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Procedimento Diagnóstico	39 a 43	425	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Procedimento Diagnóstico	44 a 48	286	1	25,00	625,00	2,96	25,00	625,00	0,05
Domiciliar	Procedimento Diagnóstico	49 a 53	165	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Procedimento Diagnóstico	54 a 58	98	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Procedimento Diagnóstico	59 ou +	38	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Procedimentos Terapêuticos	0 a 18	1.352	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Procedimentos Terapêuticos	19 a 23	111	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Procedimentos Terapêuticos	24 a 28	678	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Procedimentos Terapêuticos	29 a 33	843	10	87,00	779,40	16,20	8,70	77,94	0,02

Regime R_i	Classe de Despesas C_j	Faixa Etária F_k	Expostos Exp	Frequência Q	Despesas $\sum D$	Despesas ao Quadrado $\sum D^2$	$p = (Q + 1,96 * \sqrt{Q})$	$p_1 = \sum D / Q$	$p_2 = \sum D^2 / Q$	$\frac{p * p_1 + 1,96 * \sqrt{p * p_2}}{Exp * m}$
Domiciliar	Procedimentos Terapêuticos	34 a 38	612	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Procedimentos Terapêuticos	39 a 43	425	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Procedimentos Terapêuticos	44 a 48	286	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Procedimentos Terapêuticos	49 a 53	165	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Procedimentos Terapêuticos	54 a 58	98	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Procedimentos Terapêuticos	59 ou +	38	25	625,00	15.625,00	34,80	25,00	625,00	2,55
Domiciliar	Honorários Médicos	0 a 18	1.352	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Honorários Médicos	19 a 23	111	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Honorários Médicos	24 a 28	678	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Honorários Médicos	29 a 33	843	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Honorários Médicos	34 a 38	612	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Honorários Médicos	39 a 43	425	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Honorários Médicos	44 a 48	286	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Honorários Médicos	49 a 53	165	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Honorários Médicos	54 a 58	98	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Honorários Médicos	59 ou +	38	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Material e Medicamento	0 a 18	1.352	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Material e Medicamento	19 a 23	111	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Material e Medicamento	24 a 28	678	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Material e Medicamento	29 a 33	843	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Material e Medicamento	34 a 38	612	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Material e Medicamento	39 a 43	425	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Material e Medicamento	44 a 48	286	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Material e Medicamento	49 a 53	165	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Material e Medicamento	54 a 58	98	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Material e Medicamento	59 ou +	38	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Diária	0 a 18	1.352	0	-	-	-	-	-	-

Regime R_i	Classe de Despesas C_j	Faixa Etária F_k	Expostos Exp	Frequência Q	Despesas $\sum D$	Despesas ao Quadrado $\sum D^2$	$p = (Q + 1,96 * \sqrt{Q})$	$p_1 = \sum D / Q$	$p_2 = \sum D^2 / Q$	$\frac{p * p_1 + 1,96 * \sqrt{p * p_2}}{Exp * m}$
Domiciliar	Diária	19 a 23	111	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Diária	24 a 28	678	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Diária	29 a 33	843	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Diária	34 a 38	612	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Diária	39 a 43	425	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Diária	44 a 48	286	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Diária	49 a 53	165	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Diária	54 a 58	98	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Diária	59 ou +	38	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Taxas	0 a 18	1.352	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Taxas	19 a 23	111	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Taxas	24 a 28	678	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Taxas	29 a 33	843	5	15,00	45,00	9,38	3,00	9,00	0,00
Domiciliar	Taxas	34 a 38	612	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Taxas	39 a 43	425	14	462,00	213.444,00	21,33	33,00	15.246,00	0,36
Domiciliar	Taxas	44 a 48	286	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Taxas	49 a 53	165	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Taxas	54 a 58	98	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Taxas	59 ou +	38	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Outros	0 a 18	1.352	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Outros	19 a 23	111	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Outros	24 a 28	678	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Outros	29 a 33	843	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Outros	34 a 38	612	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Outros	39 a 43	425	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Outros	44 a 48	286	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Outros	49 a 53	165	0	-	-	-	-	-	-

Regime R_i	Classe de Despesas C_j	Faixa Etária F_k	Expostos Exp	Frequência Q	Despesas $\sum D$	Despesas ao Quadrado $\sum D^2$	$p = (Q + 1,96 * \sqrt{Q})$	$p_1 = \sum D / Q$	$p_2 = \sum D^2 / Q$	$\frac{p * p_1 + 1,96 * \sqrt{p * p_2}}{Exp * m}$
Domiciliar	Outros	54 a 58	98	0	-	-	-	-	-	-
Domiciliar	Outros	59 ou +	38	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Consulta	0 a 18	1.352	28	1.023,50	40.115,29	38,37	36,55	1.432,69	0,11
Psiquiatria -Hospital Dia	Consulta	19 a 23	111	1	43,68	1.907,94	2,96	43,68	1.907,94	0,21
Psiquiatria -Hospital Dia	Consulta	24 a 28	678	6	178,60	5.463,56	10,80	29,77	910,59	0,06
Psiquiatria -Hospital Dia	Consulta	29 a 33	843	8	309,00	12.260,58	13,54	38,63	1.532,57	0,08
Psiquiatria -Hospital Dia	Consulta	34 a 38	612	3	98,60	3.301,96	6,39	32,87	1.100,65	0,05
Psiquiatria -Hospital Dia	Consulta	39 a 43	425	3	109,60	4.016,96	6,39	36,53	1.338,99	0,08
Psiquiatria -Hospital Dia	Consulta	44 a 48	286	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Consulta	49 a 53	165	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Consulta	54 a 58	98	1	38,00	1.444,00	2,96	38,00	1.444,00	0,21
Psiquiatria -Hospital Dia	Consulta	59 ou +	38	1	30,00	900,00	2,96	30,00	900,00	0,42
Psiquiatria -Hospital Dia	Procedimento Diagnóstico	0 a 18	1.352	4	73,30	1.344,64	7,92	18,33	336,16	0,02
Psiquiatria -Hospital Dia	Procedimento Diagnóstico	19 a 23	111	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Procedimento Diagnóstico	24 a 28	678	4	67,80	1.344,79	7,92	16,95	336,20	0,03
Psiquiatria -Hospital Dia	Procedimento Diagnóstico	29 a 33	843	20	245,10	9.431,62	28,77	12,26	471,58	0,06
Psiquiatria -Hospital Dia	Procedimento Diagnóstico	34 a 38	612	1	18,75	351,56	2,96	18,75	351,56	0,02
Psiquiatria -Hospital Dia	Procedimento Diagnóstico	39 a 43	425	15	289,81	30.120,63	22,59	19,32	2.008,04	0,17
Psiquiatria -Hospital Dia	Procedimento Diagnóstico	44 a 48	286	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Procedimento Diagnóstico	49 a 53	165	1	4,86	23,62	2,96	4,86	23,62	0,02
Psiquiatria -Hospital Dia	Procedimento Diagnóstico	54 a 58	98	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Procedimento Diagnóstico	59 ou +	38	3	593,67	223.007,49	6,39	197,89	74.335,83	5,76
Psiquiatria -Hospital Dia	Procedimentos Terapêuticos	0 a 18	1.352	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Procedimentos Terapêuticos	19 a 23	111	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Procedimentos Terapêuticos	24 a 28	678	8	180,00	4.050,00	13,54	22,50	506,25	0,06
Psiquiatria -Hospital Dia	Procedimentos Terapêuticos	29 a 33	843	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Procedimentos Terapêuticos	34 a 38	612	0	-	-	-	-	-	-

Regime R_i	Classe de Despesas C_j	Faixa Etária F_k	Expostos Exp	Frequência Q	Despesas $\sum D$	Despesas ao Quadrado $\sum D^2$	$p = (Q + 1,96 * \sqrt{Q})$	$p_1 = \sum D / Q$	$p_2 = \sum D^2 / Q$	$\frac{p * p_1 + 1,96 * \sqrt{p * p_2}}{Exp * m}$
Psiquiatria -Hospital Dia	Procedimentos Terapêuticos	39 a 43	425	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Procedimentos Terapêuticos	44 a 48	286	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Procedimentos Terapêuticos	49 a 53	165	4	90,00	2.025,00	7,92	22,50	506,25	0,15
Psiquiatria -Hospital Dia	Procedimentos Terapêuticos	54 a 58	98	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Procedimentos Terapêuticos	59 ou +	38	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Honorários Médicos	0 a 18	1.352	4	41,00	522,50	7,92	10,25	130,63	0,01
Psiquiatria -Hospital Dia	Honorários Médicos	19 a 23	111	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Honorários Médicos	24 a 28	678	1	10,80	116,64	2,96	10,80	116,64	0,01
Psiquiatria -Hospital Dia	Honorários Médicos	29 a 33	843	4	321,28	85.091,48	7,92	80,32	21.272,87	0,14
Psiquiatria -Hospital Dia	Honorários Médicos	34 a 38	612	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Honorários Médicos	39 a 43	425	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Honorários Médicos	44 a 48	286	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Honorários Médicos	49 a 53	165	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Honorários Médicos	54 a 58	98	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Honorários Médicos	59 ou +	38	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Material e Medicamento	0 a 18	1.352	9	68,29	718,21	14,88	7,59	79,80	0,01
Psiquiatria -Hospital Dia	Material e Medicamento	19 a 23	111	2	37,72	732,92	4,77	18,86	366,46	0,13
Psiquiatria -Hospital Dia	Material e Medicamento	24 a 28	678	4	94,75	2.782,25	7,92	23,69	695,56	0,04
Psiquiatria -Hospital Dia	Material e Medicamento	29 a 33	843	6	84,09	1.661,40	10,80	14,02	276,90	0,03
Psiquiatria -Hospital Dia	Material e Medicamento	34 a 38	612	5	105,76	2.401,30	9,38	21,15	480,26	0,04
Psiquiatria -Hospital Dia	Material e Medicamento	39 a 43	425	1	14,43	208,22	2,96	14,43	208,22	0,02
Psiquiatria -Hospital Dia	Material e Medicamento	44 a 48	286	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Material e Medicamento	49 a 53	165	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Material e Medicamento	54 a 58	98	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Material e Medicamento	59 ou +	38	1	3,12	9,73	2,96	3,12	9,73	0,04
Psiquiatria -Hospital Dia	Diária	0 a 18	1.352	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Diária	19 a 23	111	1	4,00	16,00	2,96	4,00	16,00	0,02

Regime R_i	Classe de Despesas C_j	Faixa Etária F_k	Expostos Exp	Frequência Q	Despesas $\sum D$	Despesas ao Quadrado $\sum D^2$	$p = (Q + 1,96 * \sqrt{Q})$	$p_1 = \sum D / Q$	$p_2 = \sum D^2 / Q$	$\frac{p * p_1 + 1,96 * \sqrt{p * p_2}}{Exp * m}$
Psiquiatria -Hospital Dia	Diária	24 a 28	678	63	6.172,77	634.794,22	78,56	97,98	10.076,10	1,16
Psiquiatria -Hospital Dia	Diária	29 a 33	843	1	21,66	469,16	2,96	21,66	469,16	0,01
Psiquiatria -Hospital Dia	Diária	34 a 38	612	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Diária	39 a 43	425	10	1.071,00	114.704,10	16,20	107,10	11.470,41	0,51
Psiquiatria -Hospital Dia	Diária	44 a 48	286	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Diária	49 a 53	165	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Diária	54 a 58	98	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Diária	59 ou +	38	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Taxas	0 a 18	1.352	11	91,88	1.502,53	17,50	8,35	136,59	0,01
Psiquiatria -Hospital Dia	Taxas	19 a 23	111	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Taxas	24 a 28	678	2	39,21	1.374,58	4,77	19,61	687,29	0,03
Psiquiatria -Hospital Dia	Taxas	29 a 33	843	11	175,57	4.570,78	17,50	15,96	415,53	0,04
Psiquiatria -Hospital Dia	Taxas	34 a 38	612	14	52,80	300,08	21,33	3,77	21,43	0,02
Psiquiatria -Hospital Dia	Taxas	39 a 43	425	2	8,80	48,40	4,77	4,40	24,20	0,01
Psiquiatria -Hospital Dia	Taxas	44 a 48	286	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Taxas	49 a 53	165	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Taxas	54 a 58	98	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Taxas	59 ou +	38	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Outros	0 a 18	1.352	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Outros	19 a 23	111	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Outros	24 a 28	678	1	32,00	1.024,00	2,96	32,00	1.024,00	0,02
Psiquiatria -Hospital Dia	Outros	29 a 33	843	1	166,95	27.872,30	2,96	166,95	27.872,30	0,10
Psiquiatria -Hospital Dia	Outros	34 a 38	612	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Outros	39 a 43	425	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Outros	44 a 48	286	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Outros	49 a 53	165	0	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria -Hospital Dia	Outros	54 a 58	98	0	-	-	-	-	-	-

Regime R_i	Classe de Despesas C_j	Faixa Etária F_k	Expostos Exp	Frequência Q	Despesas $\sum D$	Despesas ao Quadrado $\sum D^2$	$p = (Q + 1,96 * \sqrt{Q})$	$p_1 = \sum D / Q$	$p_2 = \sum D^2 / Q$	$\frac{p * p_1 + 1,96 * \sqrt{p * p_2}}{Exp * m}$
Psiquiatria -Hospital Dia	Outros	59 ou +	38	0	-	-	-	-	-	-
Internação Hospitalar	Consulta	0 a 18	1.352	223	10.707,12	5.368.121,67	252,27	48,01	24.072,29	1,04
Internação Hospitalar	Consulta	19 a 23	111	26	1.804,00	251.487,60	35,99	69,38	9.672,60	2,74
Internação Hospitalar	Consulta	24 a 28	678	273	18.464,46	14.778.306,86	305,38	67,64	54.132,99	3,52
Internação Hospitalar	Consulta	29 a 33	843	256	26.218,44	12.885.148,15	287,36	102,42	50.332,61	3,65
Internação Hospitalar	Consulta	34 a 38	612	135	9.860,66	3.847.250,04	157,77	73,04	28.498,15	2,14
Internação Hospitalar	Consulta	39 a 43	425	51	3.013,76	538.848,12	65,00	59,09	10.565,65	1,07
Internação Hospitalar	Consulta	44 a 48	286	33	1.817,20	509.670,56	44,26	55,07	15.444,56	1,18
Internação Hospitalar	Consulta	49 a 53	165	19	969,20	232.376,48	27,54	51,01	12.230,34	1,28
Internação Hospitalar	Consulta	54 a 58	98	2	102,40	5.242,88	4,77	51,20	2.621,44	0,40
Internação Hospitalar	Consulta	59 ou +	38	39	1.902,39	201.535,04	51,24	48,78	5.167,57	7,73
Internação Hospitalar	Procedimento Diagnóstico	0 a 18	1.352	366	8.217,76	1.508.147,26	403,50	22,45	4.120,62	0,71
Internação Hospitalar	Procedimento Diagnóstico	19 a 23	111	18	840,49	117.217,31	26,32	46,69	6.512,07	1,53
Internação Hospitalar	Procedimento Diagnóstico	24 a 28	678	846	18.092,99	5.405.964,07	903,01	21,39	6.390,03	2,95
Internação Hospitalar	Procedimento Diagnóstico	29 a 33	843	428	9.077,72	1.358.464,61	468,55	21,21	3.173,98	1,22
Internação Hospitalar	Procedimento Diagnóstico	34 a 38	612	293	4.822,85	879.495,98	326,55	16,46	3.001,69	1,00
Internação Hospitalar	Procedimento Diagnóstico	39 a 43	425	142	5.475,28	1.091.762,54	165,36	38,56	7.688,47	1,68
Internação Hospitalar	Procedimento Diagnóstico	44 a 48	286	155	1.641,62	110.496,86	179,40	10,59	712,88	0,76
Internação Hospitalar	Procedimento Diagnóstico	49 a 53	165	114	1.111,44	53.727,90	134,93	9,75	471,30	0,91
Internação Hospitalar	Procedimento Diagnóstico	54 a 58	98	2	56,66	1.754,13	4,77	28,33	877,07	0,22
Internação Hospitalar	Procedimento Diagnóstico	59 ou +	38	40	1.311,94	263.682,65	52,40	32,80	6.592,07	6,32
Internação Hospitalar	Procedimentos Terapêuticos	0 a 18	1.352	147	1.949,85	309.234,29	170,76	13,26	2.103,63	0,21
Internação Hospitalar	Procedimentos Terapêuticos	19 a 23	111	5	387,30	47.646,37	9,38	77,46	9.529,27	0,98
Internação Hospitalar	Procedimentos Terapêuticos	24 a 28	678	259	3.281,58	758.577,32	290,54	12,67	2.928,87	0,67
Internação Hospitalar	Procedimentos Terapêuticos	29 a 33	843	188	4.351,26	623.356,18	214,87	23,15	3.315,72	0,66
Internação Hospitalar	Procedimentos Terapêuticos	34 a 38	612	41	758,24	26.007,14	53,55	18,49	634,32	0,18
Internação Hospitalar	Procedimentos Terapêuticos	39 a 43	425	21	780,84	51.135,53	29,98	37,18	2.435,03	0,32

Regime R_i	Classe de Despesas C_j	Faixa Etária F_k	Expostos Exp	Frequência Q	Despesas $\sum D$	Despesas ao Quadrado $\sum D^2$	$p = (Q + 1,96 * \sqrt{Q})$	$p_1 = \sum D / Q$	$p_2 = \sum D^2 / Q$	$\frac{p * p_1 + 1,96 * \sqrt{p * p_2}}{Exp * m}$
Internação Hospitalar	Procedimentos Terapêuticos	44 a 48	286	39	1.008,35	54.858,54	51,24	25,86	1.406,63	0,54
Internação Hospitalar	Procedimentos Terapêuticos	49 a 53	165	12	435,84	64.312,97	18,79	36,32	5.359,41	0,66
Internação Hospitalar	Procedimentos Terapêuticos	54 a 58	98	0	-	-	-	-	-	-
Internação Hospitalar	Procedimentos Terapêuticos	59 ou +	38	63	952,43	182.650,76	78,56	15,12	2.899,22	4,68
Internação Hospitalar	Honorários Médicos	0 a 18	1.352	238	27.687,08	10.082.103,36	268,45	116,23	42.326,21	2,33
Internação Hospitalar	Honorários Médicos	19 a 23	111	45	14.896,46	9.087.155,80	58,15	331,03	201.936,80	19,45
Internação Hospitalar	Honorários Médicos	24 a 28	678	269	80.529,60	53.884.151,14	301,15	299,37	200.312,83	12,95
Internação Hospitalar	Honorários Médicos	29 a 33	843	376	125.802,97	68.344.054,10	414,01	334,58	181.766,10	15,38
Internação Hospitalar	Honorários Médicos	34 a 38	612	180	54.157,09	28.321.506,52	206,30	300,87	157.341,70	9,97
Internação Hospitalar	Honorários Médicos	39 a 43	425	115	34.887,44	18.789.309,88	136,02	303,37	163.385,30	9,91
Internação Hospitalar	Honorários Médicos	44 a 48	286	95	29.176,06	16.291.386,72	114,10	307,12	171.488,28	12,73
Internação Hospitalar	Honorários Médicos	49 a 53	165	31	10.543,75	5.749.715,62	41,91	340,12	185.474,70	9,94
Internação Hospitalar	Honorários Médicos	54 a 58	98	16	3.531,76	1.293.927,48	23,84	220,74	80.870,47	6,82
Internação Hospitalar	Honorários Médicos	59 ou +	38	6	2.082,16	985.627,38	10,80	347,03	164.271,23	14,01
Internação Hospitalar	Material e Medicamento	0 a 18	1.352	3704	55.916,78	151.307.396,24	3.823,29	15,10	40.849,73	5,07
Internação Hospitalar	Material e Medicamento	19 a 23	111	720	11.667,74	27.663.380,57	772,59	16,21	38.421,36	17,38
Internação Hospitalar	Material e Medicamento	24 a 28	678	6138	168.007,69	4.522.835.383,76	6.291,56	27,37	736.858,16	37,57
Internação Hospitalar	Material e Medicamento	29 a 33	843	7070	176.293,69	2.030.591.969,72	7.234,80	24,94	287.212,44	26,68
Internação Hospitalar	Material e Medicamento	34 a 38	612	2810	44.070,17	71.292.928,87	2.913,90	15,68	25.371,15	8,52
Internação Hospitalar	Material e Medicamento	39 a 43	425	4756	56.296,98	451.328.380,87	4.891,17	11,84	94.896,63	19,65
Internação Hospitalar	Material e Medicamento	44 a 48	286	25	36.104,35	246.422.605,42	34,80	1.444,17	9.856.904,22	25,21
Internação Hospitalar	Material e Medicamento	49 a 53	165	725	10.020,48	16.150.609,59	777,77	13,82	22.276,70	9,53
Internação Hospitalar	Material e Medicamento	54 a 58	98	4	12.574,18	63.519.506,36	7,92	3.143,55	15.879.876,59	40,07
Internação Hospitalar	Material e Medicamento	59 ou +	38	6	9.445,64	21.414.325,84	10,80	1.574,27	3.569.054,31	64,26
Internação Hospitalar	Diária	0 a 18	1.352	304	46.493,72	73.454.842,53	338,17	152,94	241.627,77	4,28
Internação Hospitalar	Diária	19 a 23	111	35	5.439,69	3.167.036,41	46,60	155,42	90.486,75	8,44
Internação Hospitalar	Diária	24 a 28	678	320	53.834,09	100.617.624,60	355,06	168,23	314.430,08	9,89

Regime R_i	Classe de Despesas C_j	Faixa Etária F_k	Expostos Exp	Frequência Q	Despesas $\sum D$	Despesas ao Quadrado $\sum D^2$	$p = (Q + 1,96 * \sqrt{Q})$	$p_1 = \sum D / Q$	$p_2 = \sum D^2 / Q$	$\frac{p * p_1 + 1,96 * \sqrt{p * p_2}}{Exp * m}$
Internação Hospitalar	Diária	29 a 33	843	474	62.062,90	73.551.032,21	516,67	130,93	155.170,95	8,43
Internação Hospitalar	Diária	34 a 38	612	195	24.236,60	15.229.096,52	222,37	124,29	78.097,93	4,88
Internação Hospitalar	Diária	39 a 43	425	108	15.536,73	19.634.694,97	128,37	143,86	181.802,73	5,48
Internação Hospitalar	Diária	44 a 48	286	71	12.285,62	18.522.681,45	87,52	173,04	260.882,84	7,14
Internação Hospitalar	Diária	49 a 53	165	30	6.024,40	6.375.281,45	40,74	200,81	212.509,38	7,03
Internação Hospitalar	Diária	54 a 58	98	10	811,80	118.734,06	16,20	81,18	11.873,41	1,86
Internação Hospitalar	Diária	59 ou +	38	44	11.059,19	46.820.079,21	57,00	251,35	1.064.092,71	65,18
Internação Hospitalar	Taxas	0 a 18	1.352	5053	25.613,61	11.855.524,13	5.191,82	5,07	2.346,47	2,04
Internação Hospitalar	Taxas	19 a 23	111	124	5.366,01	1.270.587,17	145,83	43,27	10.246,67	6,52
Internação Hospitalar	Taxas	24 a 28	678	3032	51.145,00	78.132.504,42	3.140,18	16,87	25.767,17	8,68
Internação Hospitalar	Taxas	29 a 33	843	1948	56.240,73	15.325.311,30	2.034,92	28,87	7.865,59	6,58
Internação Hospitalar	Taxas	34 a 38	612	12137	23.213,99	6.728.561,81	12.352,98	1,91	554,38	3,92
Internação Hospitalar	Taxas	39 a 43	425	853	19.748,07	9.753.161,87	910,24	23,15	11.433,95	5,38
Internação Hospitalar	Taxas	44 a 48	286	681	18.158,68	7.743.747,71	732,15	26,66	11.371,14	7,33
Internação Hospitalar	Taxas	49 a 53	165	925	5.229,94	1.155.626,36	984,09	5,66	1.250,00	3,90
Internação Hospitalar	Taxas	54 a 58	98	45	2.660,68	398.107,45	58,15	59,13	8.846,83	4,14
Internação Hospitalar	Taxas	59 ou +	38	1504	5.932,70	13.671.999,06	1.580,01	3,94	9.090,42	30,09
Internação Hospitalar	Outros	0 a 18	1.352	15	140,22	10.680,37	22,59	9,35	712,02	0,03
Internação Hospitalar	Outros	19 a 23	111	3	12.546,00	52.507.716,00	6,39	4.182,00	17.502.572,00	35,56
Internação Hospitalar	Outros	24 a 28	678	10	20.223,38	72.445.321,82	16,20	2.022,34	7.244.532,18	6,64
Internação Hospitalar	Outros	29 a 33	843	19	56.165,97	220.618.290,45	27,54	2.956,10	11.611.488,97	11,52
Internação Hospitalar	Outros	34 a 38	612	7	21.282,00	80.171.532,00	12,19	3.040,29	11.453.076,00	8,20
Internação Hospitalar	Outros	39 a 43	425	6	14.379,60	57.105.905,76	10,80	2.396,60	9.517.650,96	8,98
Internação Hospitalar	Outros	44 a 48	286	0	-	-	-	-	-	-
Internação Hospitalar	Outros	49 a 53	165	2	2.093,00	2.217.469,00	4,77	1.046,50	1.108.734,50	4,79
Internação Hospitalar	Outros	54 a 58	98	0	-	-	-	-	-	-
Internação Hospitalar	Outros	59 ou +	38	0	-	-	-	-	-	-

ANEXO C – CO-PARTICIPAÇÃO – CÁLCULOS

Regime	Classe	% Sem Autorização	% Com Autorização	% SOMA	% CO-PART NOMINAL	% CO-PART RESULTANTE
Ambulatorial	Consulta	13,55	0,17	13,72	30,00	4,07
	Diária	0,31	0,07	0,38	0,00	0,00
	Honorários Médicos	0,86	2,42	3,28	0,00	0,00
	Material e Medicamento	3,47	3,53	7,00	0,00	0,00
	Outros	0,38	0,66	1,04	0,00	0,00
	Procedimento Diagnóstico	18,49	11,77	30,26	30,00	5,55
	Procedimentos Terapêuticos	1,45	4,27	5,72	30,00	0,44
	Taxas	0,92	0,78	1,70	0,00	0,00
Ambulatorial Total		39,45	23,66	63,11	0,00	0,00
Domiciliar	Consulta	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00
	Procedimento Diagnóstico	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Procedimentos Terapêuticos	0,00	0,02	0,02	0,00	0,00
	Taxas	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00
Domiciliar Total		0,02	0,02	0,04	0,00	0,00
Internação Hospitalar	Consulta	0,09	1,54	1,63	0,00	0,00
	Diária	0,24	4,93	5,18	0,00	0,00
	Honorários Médicos	0,19	8,15	8,34	0,00	0,00
	Material e Medicamento	0,47	12,17	12,63	0,00	0,00
	Outros	0,23	2,54	2,76	0,00	0,00
	Procedimento Diagnóstico	0,06	1,04	1,10	0,00	0,00
	Procedimentos Terapêuticos	0,01	0,29	0,30	0,00	0,00
	Taxas	0,18	4,46	4,64	0,00	0,00
Internação Hospitalar Total		1,47%	35,12	36,59	0,00	0,00
Psiquiatria -Hospital Dia	Consulta	0,04	0,00	0,04	0,00	0,00
	Diária	0,00	0,16	0,16	0,00	0,00
	Honorários Médicos	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00
	Material e Medicamento	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00
	Outros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Procedimento Diagnóstico	0,01	0,02	0,03	0,00	0,00
	Procedimentos Terapêuticos	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00
	Taxas	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00
Psiquiatria -Hospital Dia Total		0,07%	0,19	0,26	0,00	0,00
Total geral		41,01	58,99	100,00	30,00	10,05

ANEXO D – PESQUISA MERCER SAÚDE 2004

10 - Percentual do custo assumido pela empresa

Percentual do custo assumido pela empresa	Enfermaria		Apartamento		Planos ambulatoriais	
	Total de planos	%	Total de planos	%	Total de planos	%
menos de 50%	14	6%	51	8%	1	8%
50% - 59%	11	4%	38	6%	1	8%
60% - 69%	17	7%	82	12%	1	8%
70% - 79%	30	12%	79	12%	2	15%
80% - 89%	27	11%	111	17%	4	31%
90% - 99%	46	18%	80	12%	1	8%
100%	109	43%	229	34%	3	23%
Total	254	100%	670	100%	13	100%

Para efeito do percentual de custo assumido pela empresa, não consideramos as arrecadações com co-participação.

Fonte: Pesquisa Mercer Saúde 2004