

Autogestão em saúde: o desafio da sustentabilidade

Segmento discute soluções para profissionalizar a gestão e lidar com custos assistenciais crescentes, um modelo de financiamento sob pressão e o risco da judicialização

POR MARTHA ELIZABETH CORAZZA

A sobrevivência e o crescimento dos planos de autogestão em saúde administrados pelos fundos de pensão são desafios frente à evolução da longevidade e às novas tecnologias. Entre

os principais motivos para a estagnação estão problemas que afetam igualmente os planos de benefícios geridos pelas EFPC, como o risco de excessiva judicialização e a necessidade de compatibilizar as

características do sistema fechado com um mercado aberto altamente competitivo. Mas há também questões específicas da área de saúde trazidas pelo aumento acelerado da população com mais de 60 anos e pela inflação de custos médicos, muito acima da evolução geral de preços. O risco de subprecificação dos planos e a situação fragilizada das operadoras de pequeno porte diante de grandes eventos de risco são itens que agregam ainda maior volatilidade às carteiras geridas, atualmente, por 35 EFPC que respondem pelos serviços de saúde de 500 mil pessoas.

Esse conjunto de desafios reuniu especialistas no primeiro seminário sobre Autogestão em Saúde dos Fundos de Pensão promovido pela CTN de Planos de Autogestão em Saúde da Abrapp. "A ideia é provocar os atores do sistema para que eles reflitam sobre a importância desse tema para os nossos aposentados", diz o diretor executivo responsável pela CTN, Luiz Carlos Cotta. "A expectativa de vida cresceu, e fornecer saúde por mais tempo tem um custo que não é barato."

O ponto central de preocupação para os gestores das entidades está no fato de que a inflação repassada aos pagamentos de benefícios não acompanha a inflação embutida nos preços dos planos de autogestão em saúde, um desequilíbrio influenciado, em grande

parte, pelo aumento da expectativa de vida. Para uma correção de benefícios em torno de 6% a 7% ao ano, pode haver um aumento de até 40% nas contribuições para os planos de saúde, levando muitos aposentados a recorrer apenas aos serviços do SUS. "Os que permanecem às vezes saem do banco sem levar nada porque deixaram o benefício todo ali para pagar a mensalidade do plano de saúde", pondera Cotta.

Transparência regulatória

"Esse é um debate que precisa ser aprofundado e levado a toda a sociedade para que daqui a 15 ou 20 anos os custos não superem a capacidade de pagar as mensalidades", admite o gerente geral de Regulatória das Estruturas dos Produtos da Agência Nacional de Saúde (ANS), Rafael Vinhas. Desde 2011, as questões ligadas ao envelhecimento da população e suas consequências sob ponto de vista dos serviços de saúde têm sido discutidas pela ANS.

O segmento precisa ter uma gestão mais profissional, ao mesmo tempo em que convive com custos assistenciais crescentes, um modelo de financiamento sob pressão e o risco da judicialização. O desafio da sustentabilidade, analisa Vinhas, é o de equacionar o envelhecimento e a longevidade, incorporando, ao mesmo tempo, novas tecnologias de tratamento. Nesse caminho, também é

Para uma correção de benefícios em torno de 6% a 7% ao ano, pode haver um aumento de até 40% nas contribuições para os planos de saúde

O TJ-SP criou um núcleo de apoio técnico de conciliação de processos contra planos de saúde, um canal importante de solução de conflitos que tem a ANS entre os mediadores

fundamental substituir uma cultura de tratamento de doenças pela promoção da saúde e prevenção, o que contribuirá para reduzir a utilização dos recursos e a volatilidade dos sinistros.

Uma das alternativas para enfrentar esse cenário será o financiamento por meio de um plano do tipo VGBL, que mereceu estudo conjunto entre a ANS e a Susep (Superintendência de Seguros Privados), informa Vinhas. “A autogestão é um mecanismo importantíssimo e a ANS possui uma base normativa que tem evoluído para acompanhar os desafios cada vez maiores do sistema”, afirma o gerente da ANS. Um requisito essencial para os planos de autogestão é aprimorar a qualidade da informação prestada aos seus consumidores. “Essa informação precisa ser levada de forma clara e sem ambiguidade, de modo que as pessoas possam tomar decisões conscientes”, destaca.

A transparência no relacionamento entre os planos de autogestão e a ANS tem sido fundamental para a operação do sistema, assim como o esforço desenvolvido pelos fundos de pensão, via Abrapp, para reduzir o risco da judicialização da saúde, pondera o diretor executivo da Associação, Luis Ricardo Marcondes Martins. A proposta de adotar meios alternativos para solução de conflitos por meio da conciliação e mediação será um dos principais ca-

minhos para desonerar os custos judiciais. Ele lembra que o TJ-SP criou um núcleo de apoio técnico de conciliação de processos contra planos de saúde que é um canal importante de solução de conflitos, tendo a ANS como um dos mediadores.

Longevidade e custos

Projeções das Nações Unidas (Fundo de Populações) mostram que uma em cada nove pessoas no mundo tem 60 anos ou mais. Em 2050, essa proporção será de uma em cada cinco pessoas. Com esse alerta, a consultora Cláudia Campestrini enfatiza a revolução demográfica do século XXI e seus impactos sobre a expectativa de sobrevivência e a qualidade de vida das pessoas, incluindo as suas condições de saúde.

No Brasil, o número de idosos cresceu 55% em dez anos. Essa população já representa 12% do total. O mercado brasileiro, entretanto, ainda vive o fenômeno do “bônus demográfico”, que atingirá seu pico entre os anos de 2022 e 2023, quando passará a ser revertido, fechando a janela de oportunidades demográficas. Segundo Campestrini, é preciso aproveitar o bônus porque ele favorece a formação de reservas e maior volume de recursos disponíveis por indivíduo. Para aproveitá-lo, entretanto, são necessárias políticas públicas para melhorar a qualidade educacional

São necessários novos mecanismos de franquia e coparticipação para os usuários de serviços de saúde públicos e privados

e do emprego, com a incorporação da população mais velha ao mercado de trabalho.

Os gastos com saúde crescem proporcionalmente à idade, observa a consultora. Com o aumento da taxa de dependência – população ativa sobre população total – os sistemas de previdência social tendem a se fragilizar e a inflação dos custos médicos sobe acima da inflação total registrada na economia. As projeções para 2015 no Brasil apontam uma variação média próxima a 20% nos custos da área de saúde, muito superior à variação de 9,5% projetada para o IPCA.

Inflação tecnológica

O elevado índice de sinistralidade na autogestão, em torno de 91% segundo dados da ANS, e a estagnação da entrada de beneficiários são dois indicadores preocupantes, avalia o sócio diretor da Apoena Soluções em Seguros, Wesley Crespo. O sistema também convive com uma realidade social e econômica que apresenta número insuficiente de hospitais e concentração hospitalar em grandes grupos econômicos, concentração das redes de farmácias e de laboratórios, além de grandes avanços tecnológicos, tudo isso representando custos altos e dificuldade para negociar preços.

Uma estimativa que considera 84 países mostra que a média mundial da inflação na área de saúde em 2015 deve ficar em 10,15%, enquanto na América Latina e Caribe essa variação deve ser de 14,58%. A projeção brasileira, de 18,40%, fica bem acima desses percentuais. “Falta um fórum de discussão voltado à consolidação das melhores práticas de gestão de saúde”, afirma Crespo.

O cenário da autogestão revela a necessidade de discutir o pacto intergeracional, com atenção à revisão das atuais regras de preço e de reajuste por faixa etária, diz Campestrini. O financiamento no modelo do regime de repartição, impactado pelo processo de transição demográfica e envelhecimento da população, pondera a consultora, tende a elevar o risco da sustentabilidade financeira do setor de saúde.

A experiência internacional nos países que já viveram situações de perda do bônus demográfico e aumento da longevidade indica a necessidade de desenvolver novos métodos de financiamento privado para a saúde. Isso significa a criação de instrumentos financeiros que assegurem cobertura do envelhecimento da população, novos mecanismos de franquia e coparticipação dos usuários que solicitam serviços públicos e privados, e uma redefinição fiscal para quem não utiliza os serviços públicos

de saúde. “Será preciso repensar o papel do setor público e do setor privado nessa equação, e a proposta do Previ-Saúde vem nesse sentido”, afirma a consultora.

A proposta prevê um fundo de acumulação constituído sob o regime financeiro de capitalização com o objetivo de garantir renda futura para financiar de forma parcial ou total a contraprestação do plano de saúde. Examinada por uma comissão do Conselho Nacional de Previdência Complementar, a proposta aguarda a conclusão dos estudos, que incluem o detalhamento das condições de contribuição (forma, periodicidade, fonte de custeio e valores). Também precisarão ser definidas as alternativas de tratamento tributário desse plano, seja a não incidência tributária sobre o principal, a tributação apenas sobre os rendimentos e a inclusão dos dependentes como participantes, entre outros tópicos.

Dependência intergeracional

A lógica do mutualismo (método que preconiza a divisão de perdas entre um grupo de indivíduos interessados) aplicada pelo sistema de autogestão no Brasil não garante a sua sustentabilidade, alerta o especialista Hélio Mazza, diretor do Grupo Salutis Consultoria e Administração em Saú-

de. Na base do problema está a política de precificação adotada pela ANS, que acarreta forte dependência intergeracional entre os associados do plano, com os mais jovens subsidiando os mais velhos. “O mercado aberto usa uma estratificação etária para diferenciar riscos e definir custos, mas na autogestão a regra impõe uma fórmula baseada na renda das pessoas.”

O modelo de financiamento vinculado aos salários precisa ser questionado, acredita o consultor. O ideal é discutir a fórmula de custeio, talvez adotando o mecanismo de preço pós-estabelecido mais rateio. “Não podemos dizer que o modelo por faixa etária é o melhor, mas seria difícil fugir disso por conta das variáveis de mercado.”

Solucionar a questão da interdependência dentro do atual contexto não é uma tarefa trivial. Atualmente, para um mesmo plano de saúde, o uso de faixas etárias é o único critério possível para o agrupamento de riscos, mas isso cria um desequilíbrio evidente. “Se os preços fossem definidos idade à idade, certamente os mais jovens teriam preços muito diferentes devido ao seu perfil de utilização. Em contrapartida, se o preço fosse único para todas as idades, a inexistência de compulsoriedade quanto ao ingresso dos beneficiários poderia tornar a carteira insolvente caso houvesse predomi-

O forte impacto da concorrência dos planos abertos é fator que pressiona a autogestão e contribui para a subprecificação

A Abrapp lançou um guia que detalha os principais tipos de risco a que as operadoras estão sujeitas e como mitigá-los

nância de idosos em relação aos mais jovens”, destaca Mazza.

Para agravar a situação, a última faixa etária, que começa aos 59 anos, é a mais larga de todas, havendo uma diferença de até 40 anos entre os participantes, com grande diferenciação dos gastos com sinistros. “Todos têm que ser tratados como riscos iguais, então é preciso equacionar a fórmula de custeio de modo que os *gaps* sejam negociados com as faixas anteriores.”

O forte impacto da concorrência dos planos abertos é outro fator que pressiona a autogestão e contribui para a subprecificação. “O mercado concorre conosco e os usuários são assediados constantemente. Na ânsia de reter a carteira, as operadoras de autogestão acabam subprecificando.”

Insolvência

No regime de repartição simples, a definição do preço dos planos de saúde é um desafio complexo, lembra Mazza. “Ele deve ser baixo para garantir a manutenção e captação de novos beneficiários, adequado para suportar as atuais necessidades de gastos com sinistros incorridos e suficiente para formar reservas de gastos futuros relativos aos sinistros a incorrer.”

A relevância do risco de subprecificação fica evidente quando se olha o exemplo do mercado norte-americano,

em que a principal causa de insolvência das seguradoras de saúde, responsável por 41,03% dos casos, é a inadequada precificação e resultantes prejuízos operacionais.

Para ajudar as EFPCs a aprimorarem sua gestão de riscos nessa área, a CTN de Planos de Autogestão em Saúde da Abrapp lançou um Guia de Riscos em Planos de Saúde de Autogestão que traz em detalhes os principais tipos de risco a que essas operadoras estão sujeitas e como mitigá-los. “O guia é uma ferramenta para ajudar as EFPCs a enfrentarem os desafios de gestão de riscos num ambiente em que o aumento de custos da tecnologia e o envelhecimento da população trazem ainda mais dificuldades aos planos de autogestão”, observa Marcos César Todeschi, membro da CTN.

Pequeno porte

Gerenciar riscos no sistema de autogestão é uma tarefa complexa porque o impacto financeiro de um evento pode levar a prejuízos de milhares de reais, comprometendo a estrutura patrimonial”, enfatiza Mazza. A formação de preços inclui quatro itens: o custo esperado, a margem de segurança estatística, o carregamento e os ajustes. A grande variável de volatilidade é representada pela margem de segurança estatística e o seu cálculo tem produzido subprecificação no Brasil e no mundo. “Para as operadoras de pequeno porte, a questão da precifica-

Os recursos dos planos de pensão e de autogestão em saúde não estão efetivamente segregados sob o olhar do Judiciário, ficando sujeitos a penhoras *online*

ção será vital para suportar eventos de grande risco”, diz o consultor.

O número de vidas de um plano também é fator determinante. Considerando uma carteira com 200 mil pessoas e outra com cinco mil, por exemplo, ambas com o mesmo nível de risco, perfil e faixa etária, a primeira terá um prêmio de R\$ 125 mil; a segunda, de R\$ 187 mil, ilustra Mazza. Uma das soluções seria transferir esse risco para o resseguro, mas atualmente isso não é permitido pela regulação. “Os pequenos enfrentam maiores dificuldades para gerenciar o risco de volatilidade. Em compensação, eles têm uma capilaridade que é fundamental para o crescimento do sistema de autogestão”, reforça o diretor do Grupo Salutis.

Caminhos para evitar a judicialização

O estímulo aos mecanismos de mediação e conciliação é o melhor caminho para mitigar o risco de judicialização que tem elevado custos para planos de autogestão em saúde, no entendimento da ANS. A preocupação com esse aspecto está na lista de prioridades, diz Rafael Vinhas. “A mediação é a alternativa para reduzir custos judiciais nas demandas e já conseguimos registrar um alto percentual de soluções por esse mecanismo, além de termos feito convênios com a Defen-

soria Pública e outros órgãos para encaminhar as demandas.”

Além da necessidade de ampliar a utilização da mediação, é urgente que se abra espaço para diálogos sobre a prestação de serviços de saúde suplementar junto à sociedade, envolvendo médicos, advogados, juízes e todos os demais atores do sistema. A tese é defendida pelo juiz federal Clenio Jair Schulze. “Temos que adotar a Teoria dos Diálogos Institucionais de Harvard e chamar todos os atores para dialogar com o Judiciário. Precisamos encontrar um ponto de equilíbrio para evitar o esgotamento porque chegamos a um número gigantesco de demandas na área de saúde e os custos disso são internalizados.”

Médicos & juízes

Schulze afirma que o Brasil hoje é o maior litigante do mundo, com um acréscimo de três milhões de novos processos judiciais a cada ano. Nesse ambiente, em que apenas a área de saúde suplementar registra mais de 400 mil processos em trâmite, prevalece a ideia de “o que eu posso usufruir em desfavor dos outros”.

Ele acredita que os diálogos permitiriam equilibrar os direitos fundamentais da sociedade com o direito do consumidor e chegar a critérios adequados de razoabilidade e sustentabili-

“Tratar da alocação de recursos em saúde é sempre uma opção trágica, mas nós, magistrados, não podemos ficar presos à parte do “politicamente correto”.

dade. “Tratar da alocação de recursos em saúde é sempre uma opção trágica, mas nós, magistrados, não podemos ficar presos à parte do “politicamente correto”. Precisamos seguir critérios rigorosos, assim como os médicos precisam resgatar o seu papel”, ressalta o juiz.

O Judiciário estabeleceu, no art. 19 da Lei 8.080/1990, que os requerimentos para incorporar novos medicamentos e tecnologias devem verificar a acurácia, eficácia, segurança e efetividade de seus resultados, mas existem prescrições que, em lugar disso, aceleram o óbito do paciente. “Além disso, há o requisito legal da avaliação econômica comparativa entre os benefícios e os custos em relação às tecnologias que já estão incorporadas, então é preciso estabelecer muito bem o papel do médico e do judiciário nessas decisões”, diz Schulze.

Outro ponto fundamental a ser observado é a teoria do custo dos direitos, lembra o juiz. Ele observa que, na Inglaterra, cujo modelo de saúde é referência em todo o mundo, há um limite máximo de 30 mil libras para as causas, enquanto no Brasil não há

limites. “Vivemos o mito do governo grátis, o que não existe nem na saúde pública nem na suplementar”.

As EFPCs precisam compatibilizar seus planos de autogestão em saúde com as características do sistema fechado, o que agrava o impacto negativo dos custos judiciais. “Os planos estão altamente expostos porque os recursos não estão efetivamente segregados sob o olhar do Judiciário, então todos estão sujeitos a penhoras *online* independente da origem da demanda judicial”, frisa a advogada Ana Paula Raeffray. Assegurar a segregação perante o Judiciário é assunto de anteprojeto em elaboração pela Previc.

A decisão de rever a Súmula 321, que afasta a aplicação do Código de Defesa do Consumidor (CDC) dos fundos de pensão, dificilmente alcançará as operadoras de autogestão, acredita Raeffray. Já na opinião de Luis Ricardo Martins, a decisão de rever a Súmula, por unanimidade, deve alcançar a autogestão e minimizar riscos para os planos porque o custo da aplicação do CDC é muito elevado. ■