GT Auxílio Saúde

Introdução

O Grupo de Trabalho tem o objetivo (i) trocar experiências sobre a concessão do benefício de auxílio saúde, (ii) elaborar um relatório sintético contendo a situação atual das empresas e (iii) propor um ou mais modelos adequados com boas práticas adotadas por cada empresa.

O estudo mostra-se relevante, pois este benefício é uma parte importante dos custos fixos das empresas estatais. Em 2016, por exemplo, o auxílio representou um desembolso consolidado de R\$ 131 milhões, somando-se o benefício pago por todas as empresas municipais.

Fluxo Consolidado 2016

Última atualização dos valores: 20/04/2017 14:34:21

	CET	COHAB	PRODAM	SPDA	SP Obras	SP P	SP SEC	SP Trans	SP Turis	SP Urbanismo	SP Cine	TOTAL
5 - Custeio	892.138	112.024	309.012	2.957	40.097	8.851	1.370	415.384	234.164	42.716	5.906	2.064.618
5.1 - Despesas com Pessoal	593.872	59.243	172.629	1.437	28.336	6.890	1.230	255.817	72.246	28.509	4.673	1.224.882
5.1.1 - Salários	246.815	22.225	77.126	1.005	13.503	4.716	744	93.719	42.186	16.487	2.820	521.346
5.1.2 - Encargos	110.632	19.225	37.148	316	5.900	1.465	342	71.139	16.570	5.598	1.222	269.556
5.1.3 - 13º Salário	19.384	1.913	7.491	76	1.211	191	31	8.883	1.124	1.051	235	41.589
5.1.4 - Férias	28.463	2.132	8.529		1.148	189	14	11.287	664	1.151	77	53.654
5.1.5 - Vale Refeição	32.792	2.794	3.484		1.018	110		24.463		884	215	65.760
5.1.6 - Vale Alimentação	27.361	1.416	6.539		1.009		56		6.777	830		43.988
5.1.7 - Pensão Alimentícia	3.636	208	1.072		71							4.987
5.1.8 - Plano de Saúde	75.296	4.996	20.855		1.818			23.313	3.683	1.176		131.137
5.1.9 - Seguro de Vida	644	66	433		207			221		167	18	1.756
5.1.10 - Consignações em Folha	24.130	2.469	7.214		715			9.725		601		44.854
5.1.11 - Rescisões Contratuais	2.748	1.391	462	40	1.178	220	35	1.241		345	72	7.733
5.1.12 - Reclamações e Acordos Trabalhistas	1.357		383					2.702	71			4.513
5.1.13 - Recrutamento de Seleção												
5.1.14 - Treinamento de Pessoal	23	2	200		21			777	20	8		1.051
5.1.15 - Outros desembolsos com pessoal	20.591	404	1.692		539		7	8.347	1.152	210	14	32.955
Número de empregados CLT (dez/2016)	4283	334	910	0	152	18	5	1865	425	148	42	8182
Plano de Saúde por empregado (R\$ mil / ano)	17,6	15,0	22,9	0,0	12,0	0,0	0,0	12,5	8,7	7,9	0,0	16,0

Para levantamento dos dados, o grupo trocou e-mails com as considerações e com os documentos até então utilizados pelas empresas (termos de referência, contratos, regulamentos de plano de saúde), reuniu-se nos dias 3 e 17 de maio, consolidou este relatório e o validou com as empresas aqui representadas.

O relatório, por sua vez, é constituído (i) situação atual das empresas, frente a questão dos planos de saúde, (ii) análise dos custos dos 3 modelos estudados (autogestão, licitação de plano

de saúde e reembolso), (iii) relatório sintético dos modelos estudados, (iv) conclusão, e (v) proposta.

Quanto aos números do benefício em si, as empresas somam mais de 20 mil vidas atendidas. Quanto à distribuição dessas vidas, nota-se uma grande concentração nas faixas de idade mais altas, a partir dos 49 anos (mais de 35% das vidas analisadas).

Situação Atual

Vidas													
	PRODAM	SP Turis	SP Urb	SP Cine	COHAB	SP Trans	CET	SP Obras	SP P	SPSEC	SPDA	Total	%
0 a 18 anos	377	207	48	-	170	999	2.518	48	10	-	4	4.371	21,7%
19 a 23	180	77	22	6	137	351	1.131	24	1	-	-	1.928	9,6%
24 a 28	200	25	5	2	46	61	287	8	10	1	-	635	3,2%
29 a 33	141	70	11	12	31	138	202	22	7	4	1	632	3,1%
34 a 38	202	110	18	3	54	234	586	13	9	1	3	1.224	6,1%
39 a 43	158	91	7	4	56	326	854	20	6	-	-	1.516	7,5%
44 a 48	187	89	13	1	92	379	1.306	24	1	-	1	2.092	10,4%
49 a 53	241	115	27	2	117	576	1.691	35	2	-	-	2.804	13,9%
54 a 58	280	95	37	2	132	582	1.276	28	4	-	-	2.432	12,1%
59 ou mais	430	91	61	1	243	625	973	57	3	1	-	2.482	12,3%
VIDAS	2.396	970	249	33	1.078	4.271	10.824	279	53	7	9	20.116	

Conforme decisão da JOF, de 05 de maio de 2017, as empresas municipais não podem conceder novos benefícios na negociação do acordo coletivo ou majorar benefícios previamente existentes, real ou nominalmente. Essa decisão impacta as empresas que hoje não têm esse benefício para os seus funcionários, tais como: SPSEC, SPDA, SP Parcerias e SP Cine. Nesse contexto, é preciso equacionar esta decisão com a uniformização do benefício de plano de saúde.

Custos								
	PRODAM	SP Turis	SP Urb	COHAB	SP Trans	CET	SP Obras	Total
CUSTO	1.732.846	444.419	99.150	466.019	2.283.470	5.658.761	152.449	10.837.115
VIDAS	2.396	970	249	1.078	4.271	10.824	279	20.067
CUSTO MÉDIO POR VIDA	723	458	398	432	535	523	546	540
Idade Média/Vida	40	36	42	42	39	37	41	

Análise de custos

O grupo de trabalho buscou entender o mecanismo de precificação dos três modelos de auxílio-saúde por meio de conversas com as empresas municipais, em documentos pesquisados na internet e de informações passada pelas empresas que oferecem planos de saúde.

Os modelos de precificação.

O modelo de precificação dos planos pré-pagos (coletivo por adesão e empresarial) é construído com base estatística, sendo que as operadoras, ao analisar o perfil de diferentes públicos, estimam (i) o custo histórico por vida tomando critérios demográficos, (ii) o risco deste custo subir no período, e (iii) margem de lucro. Com base nestes fatores, aplicam a tarifa do plano por faixa etária às vidas cobertas pelo plano. Neste modelo, a previsibilidade das características do universo de vidas cobertas pelo plano interfere diretamente no preço final por faixa de vida.

1) O plano coletivo por adesão, pré-pago, costuma ser oferecido para atender entidades de classe, associações e sindicatos. Estes planos oferecem uma maior gama de prestadores e tipos de planos disponíveis, permitindo que o associado adquira o plano e migre com mais facilidade. A precificação deste tipo de plano de saúde leva em consideração o risco de rápido crescimento ou diminuição dos segurados, já que a entrada e a saída são livres. Além disso, há um risco de uma maior atração de perfis mais custosos, provocados pela facilidade de ingresso dos segurados.

2) Já os contratos empresariais, também pré-pagos, são prestados diretamente à empresa que oferece o benefício trabalhista aos funcionários e aos seus dependentes. Neste tipo de plano, o perfil e a quantidade de vidas protegidas, e o uso do benefício são mais estáveis do que no coletivo por adesão, isto porque o ingresso e a saída de cobertos pelo plano depende da contratação e da demissão de funcionários pela empresa. Como consequência desta característica, há maior previsibilidade estatística dos custos e os preços deste plano são menores.

Sob a ótica concorrencial, este serviço é oferecido por uma pequena quantidade de empresas, tornando a negociação desfavorável para quem o contrata.

Em 2017, as empresas municipais que tiveram sucesso em licitar este tipo de plano receberam propostas apenas da Amil e da Notredame, o que confirma o risco de descontinuidade do serviço e uma pressão negocial extremamente desfavorável.

3) A terceira opção é o oferecimento do auxílio saúde por autogestão. Ao contrário dos anteriores, trata-se de um modelo pós-pago, no qual as empresas pagam integralmente os tratamentos de saúde dos funcionários realizados em uma rede previamente credenciada.

Este modelo em tese é o mais econômico, pois não se considera o risco estatístico nem a margem de lucro. Contudo, na prática, como se observa na amostra das empresas municipais, é o que apresenta os maiores custos.

A disparidade entre o custo teórico e o efetivo pode ser justificada pela estrutura que é ineficiente. Isso, porque a operadora é remunerada de forma fixa pela prestação do serviço e

não suporta o ônus ou não recebe o bônus por um serviço de maior qualidade ou de menor custo.

Relatório Sintético

Modelos atualmente utilizados:

Autogestão

Como funciona: A empresa ou a contratada faz convênios diretamente com uma rede de hospitais, clínicas, laboratórios e médicos, pagando pela respectiva utilização.

Requisitos para implantação:

Deve haver volume, ou seja, grande número de conveniados. Esse modelo não se sustentaria para empresas com poucas vidas.

Problemas:

- Dificuldade de individualizar e de projetar os custos.
- Elevado custo administrativo, em especial, com o controle de fraudes.
- Necessidade de grupos grandes.
- Risco de sinistralidade integralmente e imediatamente absorvido pelo modelo.

Pontos fortes:

- Possibilidade de customização do pacote.
- Possibilidade de adesão ao plano, com atendimento a dependentes, aposentados e de ex-empregados.

Empresas que preferem este modelo:

- PRODAM
- SP Trans
- CET

Empresas que não seriam atendidas:

- SP Urbanismo
- SP Obras
- SP Cine
- SP Parcerias
- SPDA
- SPSEC
- SP Turismo
- COHAB

Contratação de plano de saúde / seguradora

Como funciona: A empresa elabora um termo de referência e contrata um plano de saúde empresarial para todos funcionários interessados.

Requisitos para implantação: Deve haver interesse do mercado em prestar o serviço. Algumas exigências municipais deveriam ser flexibilizadas, tal como, por exemplo, o índice de atualização anual do contrato.

Problemas:

- Dificuldade de licitar o plano de saúde por falta de interesse no mercado.
- Alto risco de rompimento do contrato na renovação.
- Risco de judicialização para debate de natureza do contrato (público x privado) e de cláusulas conflitantes (por exemplo: índice de reajuste).
- Risco de falta de cobertura no caso de atraso na licitação/contratação.
- Falta de adaptação às necessidades individuais dos usuários.
- Possibilidade de cláusula que preveja inexistência de carências.

Pontos fortes:

- Baixo custo administrativo.
- Previsibilidade dos custos para empresa.
- Possibilidade de adesão ao plano e de respectiva continuidade de atendimento para dependentes, ex-empregados e aposentados.
- Rede credenciada pouco flexível à mudança.
- Sinistralidade não diluída.

Empresas que preferem este modelo:

- SP Turismo
- SP Parcerias
- COHAB

Empresas que não seriam atendidas:

- SP Urbanismo
- SP Obras
- SP Cine
- SPDA
- SPSEC

Reembolso

Como funciona: O funcionário contrata o plano de saúde coletivo por adesão por meio de sua associação ou entidade de classe.

Requisitos para implantação: Prazo para adaptação e confecção de regulamento interno do benefício.

Problemas:

- Funcionários sem representação de classe ou associação devem se filiar a alguma associação para poder obter os benefícios.
- Período de carência.
- Não há plano de continuidade para dependentes, aposentados ou ex-empregados.

Pontos fortes:

- Não requer contratação ou licitação.
- Permite que cada funcionário escolha o plano que mais adequa a sua realidade.
- Baixo custo administrativo.
- Previsibilidade dos custos para a empresa.
- Modelo tende a ser mais eficiente, já que o funcionário pode buscar uma rede maior e a empresa pode planejar com precisão seus custos.
- Sinistralidade diluída.

Empresas que preferem este modelo:

- SPDA
- SPSEC
- SP Obras
- SP Urbanismo
- SP Cine

Empresas que teriam dificuldade na migração:

- CET
- PRODAM

Conclusão

Entre os três modelos temos a seguinte situação:

	Auto Gestão	Licitação Plano de Saúde	Reembolso
Preferem	PRODAM CET SP Trans	SP Turis COHAB SP Parcerias	SP Urbanismo SP Obras SPDA SPSEC SP Cine SP Parcerias
Não seria viável	SP Urbanismo SP Obras COHAB SPDA SPSEC SP Cine	SP Urbanismo SP Obras SPDA SPSEC SP Cine	
Não seria desejável		PRODAM CET SP Trans	PRODAM CET SP Trans SP Turis COHAB

O **modelo de autogestão** é o preferido nas três empresas com mais funcionários, sendo que, somente para elas a solução é vista como viável. Trata-se de uma escolha bastante personalizável, pois pode se montar a rede credenciada da maneira que atenda melhor a empresa.

Esta flexibilidade, por outro lado, traz maior complexidade ao modelo. Ainda, consome maior energia com administração do benefício e de equipe, combate a eventuais fraudes, com a negociação de rede e a respectiva contratação desta.

Apesar de ser um modelo potencialmente econômico, pelos motivos apresentados no parágrafo anterior, a autogestão costuma ser o mais caro entre os modelos apresentados.

O **modelo de licitação de plano de saúde de mercado** é de difícil aplicação, uma vez que as companhias que oferecem planos de saúde não demonstram interesse em oferecer o serviço para as empresas com o perfil das municipais. Isso se dá, principalmente, pela idade média avançada dos cobertos e pelas características peculiares da licitação e da contratação (prazos, reajuste monetário, formas de pagamento, etc.). Ainda, destaca-se a pequena quantidade de fornecedores que atendam este modelo, o que resulta em um grande risco de que a escassez de prestadores deste serviço torne desproporcional as forças de negociação.

O **modelo de reembolso** é o preferido pela maioria das empresas. Contudo, as empresas que já possuem algum sistema implantado mostraram-se inseguras pela fase de transição.

O principal motivo do receio supracitado é o fato de que essa migração possivelmente inviabilizaria o gozo de benefícios de algumas parcelas de ex-funcionários e de dependentes.

Dentre esses benefícios, destacam-se a cobertura de ascendentes, funcionários aposentados e desligados, que ainda recebem por força de acordo coletivo e que poderiam ser prejudicados.

Outro fator que gera insegurança é o período de carência na migração, que poderia trazer dificuldades individuais, em especial de funcionários/dependentes, que já estão em tratamento de alguma enfermidade.

Proposta

Os modelos (reembolso de planos coletivos por adesão, plano de saúde empresarial, e autogestão de auxílio saúde) contratados pelas empresas municipais não comportariam uma migração imediata para um modelo unificado. Eles dependeriam de alteração do acordo coletivo, aprovação pelas empresas, deliberação da Junta Orçamentário-Financeira e de eventual licitação.

Os acordos coletivos costumam ter vigência bianual e são aditados no ano intermediário. A convergência para o mesmo modelo dependeria de análise de adequação frente aos acordos coletivos, empresa a empresa.

Neste sentido, é recomendável que a unificação, caso se opte pela unificação da forma de concessão do benefício de auxílio saúde nas empresas municipais, ocorra de forma escalonada e que o tratamento dos casos específicos se dê internamente entidade a entidade.

Se unificados, os modelos de autogestão e/ou plano empresarial demandariam um esforço adicional para administração do benefício, possivelmente a ser feita de forma centralizada em alguma das empresas municipais ou pela administração direta.

Sob a ótica da facilidade de implantação, a maior parte das empresas municipais sem o benefício, elegeram o modelo de reembolso como o preferido. Assim sendo, caso se opte pela não unificação dos modelos, seria recomendável implementar um modelo único apenas nas que não possuem o benefício estabelecido.

Menor esforço administrativo – Reembolso (5 empresas preferem)

Todas as empresas pagariam por reembolso com limites (de valor e de beneficiários), considerando o histórico negocial trabalhista da empresa e buscando regras de desembolsos em níveis similares entre elas.

Implantação – (i) imediata para as empresas sem auxílio saúde; (ii) em até 2 anos, para os casos ordinários (empresas que dispõem atualmente de plano de saúde ou é filiado ao modelo de autogestão) com mais 3 anos para tratar as questões específicas do acordo coletivo (questões do plano de saúde, como carência, adesão; e questões da negociação coletiva, como alteração do benefício, adesão de familiares, etc.).

As diretrizes de implantação seriam similares aos modelos já utilizados pela SP Obras e pela SP Urbanismo.

Outras opções: Autogestão (3 empresas preferem), ou plano empresarial (2 empresas preferem)

Nestes dois modelos, uma das entidades realizaria (i) um contrato para autogestão do auxílio saúde ou (ii) um único contrato de plano de saúde empresarial para todos os funcionários das empresas municipais.

Para atingir o objetivo de uniformização dos benefícios, a administração direta deveria dar as diretrizes para a contratação, indicando, por exemplo, (i) o tamanho da rede conveniada, (ii) regras de adesão, (iii) possibilidade de inclusão de familiares e respectiva extensão dessa

inclusão, bem como dos níveis de contrapartida ou do preço para estes familiares. As empresas municipais, por sua vez, deveriam analisar as diretrizes buscando compatibilizá-las ao seu acordo coletivo.

Implantação – de 3 a 5 anos, para que haja tempo de compatibilização do acordo coletivo e levantamento de dados para definição do modelo entre plano de saúde e autogestão.

No período de 3 anos, as empresas que tem autogestão deverão realizar levantamento de dados detalhados sobre a utilização do benefício, para melhorar a precificação na unificação do modelo.

Para as demais empresas, seria contratado um plano de saúde pré-pago, com o levantamento destes mesmos dados, e, no final do período de 3 anos, seria feita a transição para a unificação do modelo, ou como plano de saúde empresarial ou como autogestão.