

AUTOGESTÃO EM SAÚDE SUPLEMENTAR: UM MODELO ESTRATÉGICO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIVADA EM ORGANIZAÇÕES MILITARES

Douglas da Silva Trindade

PAME – Entidade Sem Fins Lucrativos de Assistência à Saúde
Av. Pres. Vargas, 1012, Lojas E/F – Centro – Rio de Janeiro, RJ.
dsilva@embratel.com.br

Resumo

As Organizações Militares, apesar de manterem sistema próprio de assistência à saúde, convivem pacificamente com a presença de operadoras de planos privados que oferecem, subsidiariamente, cobertura assistencial aos militares e seus dependentes. No entanto, essa atividade suplementar centra-se nos objetivos corporativos e capitalistas das empresas que exploram comercialmente o segmento. Opostamente a essa filosofia, surgem os sistemas de autogestão em saúde, sem fins lucrativos e paradigma das ações de gerenciamento da atenção à saúde neste setor. O que tentaremos demonstrar é que a autoorganização de recursos com o objetivo de oferecer, internamente, um sistema mais social e solidário de coberturas de saúde, traz para as Organizações Militares oportunidades estratégicas relevantes no gerenciamento de seus recursos humanos.

Palavras-Chaves: Saúde suplementar, autogestão e gerenciamento de risco.

Abstract

Military organizations keep their own system of health assistance, which coexists peacefully with the presence of private health insurance plan operators, offering subsidized assistance coverage to the military and their dependents. This activity, however, is centered on corporative and capitalist objectives of the enterprises that commercially exploit the segment. Opposed to this philosophy, there have appeared systems of self-management in health, with no profitable aims, a paradigm for the actions of health care management in this sector. What we will seek to demonstrate is that the self-management of resources with the aim of offering, internally, a more social and sympathetic system of health coverage brings military organizations strategic opportunities in managing their human resources.

Key words: Supplementary health, self-management and risk management.

1. INTRODUÇÃO

O setor de planos de saúde brasileiro vem sofrendo grandes transformações, iniciadas em 1998 com a promulgação da Lei nº 9.656, marco regulatório do sistema privado. Tais mudanças, dizem respeito à ampliação de coberturas assistenciais, à garantia dos direitos dos consumidores e ao emprego de severa fiscalização estatal através do atual órgão regulador, a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Esse movimento governamental regulatório, involuntariamente fez ressaltar um modelo de operação conhecido como autogestão em saúde, cujos princípios podem, perfeitamente, ser adotados por qualquer instituição disposta a autoorganizar recursos em favor de uma determinada população.

O que iremos verificar, neste trabalho, é que as Organizações Militares podem utilizar do modelo de autogestão em saúde como aquele que mais se aproxima dos seus ideais

públicos.

Neste mesmo liame, identificaremos as principais técnicas utilizadas no gerenciamento do risco saúde, cujas práticas são largamente empregadas pela autogestão. Antes, porém, iremos verificar de que maneira os sistemas assistenciais hoje existentes nas Organizações Militares podem ser complementados por subprodutos de autogestão tradicional.

2. O ATUAL CONTEXTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

2.1. O ATUAL SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Saúde, de acordo com a Constituição Federal do Brasil, é direito de todos e dever do Estado, que tem a obrigação de garantir, mediante políticas sócio-econômicas a redução de todos os agravos e riscos à doenças sem qualquer tipo de discriminação, agindo positivamente, ainda, nas questões relacionadas com a promoção e recuperação da higidez de seu povo.

A importância do tema é tamanha que mereceu uma seção inteira da nossa Carta Magna¹ para definir de que maneira o Estado irá prover aos brasileiros o direito universal e igualitário à saúde da população. A Constituição Federal determina, ainda, que: “Assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (CF, 1988, art. 199). Dessa forma, instituições de Direito Privado² que desejarem podem participar de forma complementar ao sistema único de saúde de acordo com suas diretrizes.

É o Sistema Único de Saúde – SUS³, portanto, a espinha dorsal de todas as políticas de promoção, prevenção e proteção à saúde.

No entanto, a previsão da iniciativa privada operar no sistema brasileiro de saúde de maneira complementar, apesar de ampliar o espectro assistencial do governo em favor da população, não é suficiente para compor uma rede de atendimento de qualidade efetiva aos atuais 181,59 milhões⁴ de brasileiros.

Portanto, o sistema nacional de saúde é formado, além do SUS, pela complementação através das instituições privadas, preferencialmente as sem fins econômicos e suplementarmente pelo sub-sistema de operadoras de planos privados de assistência à saúde⁵.

2.2. O SUB-SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A primeira operadora de planos de saúde, constituída como uma Medicina de Grupo, surgiu na região do ABC paulista no início da década de 60, seguida do aparecimento das Cooperativas Médicas, em Santos, SP e, na década de 70, as primeiras atividades de seguro saúde.

O modelo mais antigo de assistência à saúde suplementar, no entanto, surge em 1944 com a criação da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI, segundo Vicentini et al⁶.

Em junho de 1998 foi promulgada a Lei nº 9.656 marcando, definitivamente, o

¹ A Seção II da CF trata da questão da saúde dos artigos 196 ao 200.

² A CF dá preferência às entidades sem fins lucrativos e filantrópicas na complementaridade do Sistema Único de Saúde.

³ Compete ao SUS, dentre outras atribuições, o controle e a fiscalização de procedimentos e tudo o que revela interesse para a saúde da população, além da execução de ações de vigilância sanitária, políticas de saneamento básico e, ainda, a pesquisa e o desenvolvimento científico e tecnológico.

⁴ População estimada – IBGE/2004.

⁵ O mercado adota o termo “saúde suplementar” àquela provida pelo setor de planos de saúde, enquanto “saúde complementar” ao conjunto de serviços prestados ao SUS pelas instituições privadas conveniadas.

⁶ VICENTINI et al, C. A história da Autogestão em saúde no Brasil. São Paulo: CIEFAS – Comitê de Integração das Entidades Fechadas de Assistência à Saúde, 2000.

processo de regulamentação histórico do setor de saúde suplementar. No texto inicial daquele diploma legal havia previsão de fiscalização do segmento pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, Autarquia Federal vinculada ao Ministério da Fazenda que, até então, já era o órgão de fiscalização das seguradoras de saúde. Entretanto, no mesmo mês da publicação da referida lei, foi editada a Medida Provisória nº 1.665, inserindo a figura do Ministério da Saúde com atribuições de fiscalização do setor. De lá para cá, foram publicadas 44 reedições daquela Norma Executiva alterando substancialmente o texto original da Lei 9.656/98.

Dentre as alterações mais relevantes, destaca-se a transferência completa para o âmbito do Ministério da Saúde as funções de regulação e fiscalização do mercado. As atribuições que inicialmente cabiam ao CNSP⁷, foram transferidas para o CONSU⁸, enquanto que a fiscalização legada à SUSEP passou para a SAS/DESAS⁹ até a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS que se deu em janeiro de 2000 através da promulgação da Lei nº 9.961.

2.3. OS ATORES DO SUB-SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O mercado de saúde suplementar, cuja oferta é apresentada por dois modelos básicos de empresas ou entidades, quais sejam as OPS¹⁰ e as SES¹¹, funcionam com a participação dos seguintes atores do sistema: **Oferta:** OPS e SES; **Demanda:** Beneficiários e segurados; **Prestadores de serviços:** Médicos, odontólogos e outros profissionais de saúde, além de hospitais, clínicas e outras instituições provedoras de serviços assistenciais para as operadoras OPS e SES; **Órgão regulador:** ANS.

Em seguida apresentamos a distribuição da demanda de planos privados de assistência à saúde suplementar de acordo com os estratos definidos pela ANS.

Tabela 1 - Beneficiários de todas as operadoras

Classificação	Beneficiários	%
Medicinas de Grupo	13166862	34%
Cooperativa Médica	9651118	25%
Autogestão	5346681	14%
Seguradora Especializada em Saúde	4719951	12%
Odontologia de Grupo	3383033	9%
Cooperativa Odontológica	1404129	4%
Filantropia	1314820	3%
Administradora	4913	0%
Não Identificado	4370	0%
TOTAL	38995877	100%

Fonte: Cadastro de Beneficiários – ANS/MS – 12/2004

Na **Figura 1**, apresentamos o Mapa de Contexto com os diversos atores do sistema brasileiro de saúde suplementar.

⁷ Conselho Nacional de Seguros Privados. Órgão vinculado ao Ministério da Fazenda.

⁸ Conselho Nacional de Saúde Suplementar. Órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, formado pelos seguintes Ministros de Estado: da Justiça, que o preside; da Saúde; da Fazenda; e do Planejamento, Orçamento e Gestão.

⁹ Secretaria de Assistência à Saúde do Departamento de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde.

¹⁰ Operadoras de planos de saúde, que são todas as empresas ou entidades que operam no setor senão as seguradoras.

¹¹ Seguradoras especializadas em saúde na forma da Lei 10.185/01.

2.4. SISTEMAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR NÃO REGULAMENTADOS

2.4.1. Autogestões Público-Patrocinadas

Estima-se que, no Brasil, cerca de 13 milhões de usuários sejam atendidos por algum tipo de sub-sistema de saúde suplementar não-tradicional oferecido por Pessoas Jurídicas de Direito Público tais como Fundações Autárquicas, Autarquias Especiais, Organizações Cíveis e Militares e outras, cujas operações não sofrem nenhum tipo de regulação ou fiscalização estatal.

Essa liberdade operacional de atuar em um segmento extremamente regulamentado como é o de planos privados de assistência à saúde, decorre da previsão inserida na Lei Federal nº 9.656/98 que, em seu art. 1º estabelece:

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

Tais planos não-tradicionais de saúde suplementar podem ser denominados de Sistema de Autogestão Público-Patrocinada - APP, modalidade sem fins econômicos e lucrativos destinada a servidores civis e militares, ativos, da reserva, aposentados, pensionistas e seus respectivos dependentes, de Instituições de Direito Público da União, dos Estados e Municípios e do Distrito Federal.

A APP é o modal suplementar no qual as próprias instituições administram programas de assistência à saúde para seus quadros, seja através de uma rede própria de atendimento, seja por meio de uma rede credenciada de provedores.

Algumas dessas organizações, por entenderem se tratar de um sistema de autogestão em saúde clássico como definido pela ANS, filiaram-se à entidade representativa do segmento, a UNIDAS, embora, como já mencionamos, não se encontram sob a égide da Lei dos Planos de Saúde como a grande maioria das empresas e entidades representadas por aquela associação.

O sistema de Autogestão Público-Patrocinada - APP, por razões que não cabe aqui estudar, não tem conseguido atender, satisfatoriamente, a todos os seus usuários, fazendo com que uma expressiva parcela busque no sistema de saúde suplementar tradicional a proteção assistencial do risco de seus agravos à saúde a que está exposto.

A Marinha do Brasil, por exemplo, mantém através do Abrigo do Marinheiro¹² contrato do tipo coletivo por adesão com operadoras de reconhecida capacidade de gestão em saúde para atender a essa demanda de seus militares que desejam complementar o plano de APP oferecido internamente.

O que se quer aqui, todavia, não é fazer um juízo de valor sobre essa forma de convênio, que tem se mostrado eficaz, segundo a opinião de vários usuários entrevistados. Em verdade, o que se pretende é demonstrar que o volume de recursos que é administrado por terceiros para prover aos seus quadros uma complementação assistencial do sistema de APP é de tal monta que, se autogeridos, poderiam ser direcionados não só para o atendimento subsidiário, como se propõe o atual modelo, mas como uma verdadeira integração ao seu próprio sistema de saúde, melhorando a qualidade de vida de seu pessoal e de seus respectivos familiares com a utilização mais racional dos recursos sendo organizados por uma entidade de autogestão.

Confira alguns outros exemplos de instituições que administram planos de APP filiados à entidade representativa do segmento, segundo UNIDAS (2005): ALEMEG -

¹² Veja em www.abrigo.org.br, todas as características dos contratos celebrados com tais operadoras de grande porte.

Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais; BACEN – Banco Central do Brasil; ECT – Empresa de Correios e Telégrafos; Eletrobras Termonuclear; INB – Indústrias Nucleares do Brasil; Senado Federal; SERPRO – Serviço Federal de Processamento de Dados.

Com os mesmos propósitos, encontramos também as empresas públicas de direito privado que mantêm planos de autogestão clássicos para seus usuários, tais como: EMGEPRON – Empresa Gerencial de Projetos Navais; PETROBRÁS (economia mista); NUCLEP; EMBRAPA – Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária; CEF – Caixa Econômica Federal e, na condição de ex-empresas públicas, a Embratel – Empresa Brasileira de Telecomunicações e a CVRD – Companhia Vale do Rio Doce.

3. A AUTOGESTÃO E A SAÚDE SUPLEMENTAR

3.1. ASSUMINDO RISCOS SOLIDARIAMENTE

A autogestão é uma forma de organização social fundada nos princípios de solidariedade, cooperação, apoio mútuo, autonomia e autoorganização. Está intimamente relacionada com os objetivos institucionais do Terceiro Setor¹³ e representa uma verdadeira mobilização social que nasce da consciência comunitária em um determinado contexto.

Surgido na década de 60, na Europa, buscando a idéia de uma equiparação das atividades entre patrões e empregados em consequência da tomada de fábricas pelos operários, o vocábulo “autogestão” tem sido livremente utilizado por diferentes movimentos sociais tais como partidos políticos, associações de toda espécie, ONG’s, sindicatos, caixas de assistência, grupos independentes e outros.

A prática autogestionária, entretanto, parece encaixar-se perfeitamente nos ideais de assistência à saúde suplementar e coletiva no Brasil, não se revestindo dos princípios capitalistas das grandes operadoras de mercado, apesar de manter em seus meios atividade econômica tal como qualquer cooperativa prestadora de serviços ou mesmo organização empresarial. A principal diferença entre estas duas últimas formas corporativas e a iniciativa autogestionária reside efetivamente nos ideais comunais de bem-estar e realização independente e solidária.

No Brasil, o reconhecimento legal dos sistemas de autogestão em saúde como parte integrante do grupo de empresas e entidades que operam planos privados de assistência à saúde surge com a publicação da Lei Federal nº 9.656/98 que inclui na sua abrangência as organizações que disponibilizam planos de saúde, sem o intuito de lucro, para seus próprios empregados, ex-empregados, aposentados e pensionistas, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações, sindicatos ou entidades de classe profissionais.

Este conceito regulamentar de autogestão em saúde estabelecido pela agência nacional reguladora do setor, a ANS, traz como consequência a obrigatoriedade da observação de duas outras características fundamentais sem as quais a operadora, para fins de aplicação da Lei dos Planos de Saúde, deixa de ser considerada uma autogestora para enquadrar-se no ramo das Medicinas de Grupo. A primeira é a obrigatoriedade de possuir gestão própria, seja pelos órgãos internos da empresa, seja por meio de associações ou fundações de direito privado. A segunda, diz respeito à contratação direta da rede credenciada de prestadores de serviços de saúde, sendo vedada a terceirização desta rede, exceto nos casos de celebração de convênios de reciprocidade com entidades congêneres ou em regiões com

¹³ O primeiro setor é o governo, que é responsável pelas questões sociais. O segundo setor é o privado, responsável pelas questões individuais. Com a deficiência do Estado em determinadas questões, o setor privado começou a *apoiar* nas questões sociais, através das inúmeras instituições que compõem o chamado Terceiro Setor. Ou seja, o terceiro setor é constituído por organizações sem fins econômicos e lucrativos e não governamentais, que tem como objetivo gerar serviços de caráter público.

dificuldade ou carência de contratação sem intermediários.

As empresas ou entidades que operam na modalidade de autogestão em saúde segmentam-se em “patrocinada” e “não-patrocinada”. Aquelas caracterizam-se pela responsabilidade da empregadora sobre o plano destinado a empregados ativos e aposentados, bem como seus familiares até o terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, enquanto estas têm seus planos custeados pelos próprios associados.

A subsistência dos sistemas autogestionais de assistência à saúde suplementar é um desafio dos mais importantes para os atores desse segmento, notadamente no que diz respeito às autogestões não-patrocinadas, pelas óbvias razões de independência financeira onde todo o risco da atividade recai sobre a própria operadora e é custeado pelos membros da associação, não recebendo qualquer espécie de subsídio patronal da empresa ou instituição a que está diretamente vinculada. Além disso, a maior exposição a riscos adversos causada pelos efeitos da anti-seleção de usuários é resultado da ausência de políticas muito utilizadas pelo mercado para se defender da captação indesejada de beneficiários com maior idade e de maior propensão à doenças, tais como o rigoroso direcionamento dos canais de venda para uma população mais jovem, a massificação da carteira e a contratação de resseguros especiais do tipo “stop loss”.

Estudos feitos pela UNIDAS demonstram que o sistema de autogestão em saúde é a modalidade que oferece melhor qualidade e maior abrangência pelo menor custo. Veja as principais vantagens apresentadas neste modal:

- o plano, ou programa, é constituído de acordo com as necessidades ou características da organização e de seu próprio público beneficiário;
- paga apenas os custos dos atendimentos efetivamente realizados;
- permite o monitoramento constante do equilíbrio financeiro entre receita e despesa, do desempenho da rede credenciada e dos níveis de utilização, podendo implantar rapidamente a correção para os problemas;
- possibilita agregar outras especialidades como psicologia, odontologia, etc., além de outros benefícios inerentes à atenção à saúde, como o financiamento de medicamentos, de óculos, lentes de contato, etc.;
- permite o desenvolvimento de programas de prevenção à saúde (promoção e orientação) e de incentivo à qualidade de vida para os beneficiários, inclusive o acompanhamento dos resultados, já que o vínculo com o plano de autogestão é indeterminado e não depende de renovações contratuais a cada ano;
- facilita, nas organizações, ações conjuntas com os seus programas de saúde ocupacional.

4. VIABILIDADE DE MODELOS AUTOGESTIONAIS EM ORGANIZAÇÕES MILITARES

A prática da contratação de operadoras de planos de saúde de mercado como forma subsidiária de atendimento aos atuais sistemas de APP, através da modalidade conhecido como “coletivo por adesão”, corresponde a transferir a responsabilidade pela saúde de uma significativa massa de servidores (e de seus dependentes) para empresas cujos fins não coincidem exatamente com a missão e os objetivos institucionais das Organizações Militares – OMs.

A expertise na gestão do risco saúde é, evidentemente, o grande diferencial das Seguradoras Especializadas em Saúde ou das empresas de Medicinas de Grupo e Cooperativas Médicas/Odontológicas. Essa especialização, todavia, é adquirida com o emprego e com o aperfeiçoamento das técnicas de gerenciamento de risco e de mecanismos de controle e regulação próprios do segmento, como adiante demonstrados, cuja implantação já foi positivamente atestada em importantes instituições públicas e privadas atuando no

modal autogestão clássica, ou seja, aquele definido pela ANS.

Considerando as características deste modelo até aqui demonstradas, podemos sugerir três formatos de Autogestão Patrocinada nas OMs:

4.1. AUTOGESTÃO PATROCINADA DIRETA (OU PURA)

Neste sistema, a gestão de todo o plano privado de assistência à saúde seria realizada no seio administrativo da própria corporação, não transferindo as funções autogestionárias para uma entidade civil, como já mencionado.

Na prática, a Marinha do Brasil, por exemplo, que já mantém uma “rede própria” de atendimento formada pelo Subsistema Assistencial da Marinha constituído por hospitais; ambulatórios; clínicas; unidades de saúde mental; centros odontológicos e de perícias médicas, estenderia a amplitude de coberturas e a abrangência geográfica aumentando a capacidade operacional com o credenciamento de provedores de serviços de saúde em complemento à sua própria rede.

Este modelo, entretanto, não parece ser o mais recomendado devido à complexidade de atividades que passam a concorrer com os próprios fins das OMs.

4.2. AUTOGESTÃO INDIRETA

Este modelo consiste em celebrar convênios de parcerias com entidades de autogestão clássicas já constituídas onde, apesar de não possuir o controle administrativo da carteira, as OMs têm garantidos melhores custos, melhor qualidade da assistência e um sistema sem fins lucrativos com princípios institucionais mais próximos de sua realidade.

4.3. AUTOGESTÃO PATROCINADA DERIVADA DE ASSOCIAÇÕES JÁ CONSTITUÍDAS

Este formato parece ser o mais adequado para a implementação de um sistema de Autogestão Patrocinada que atenderia a uma significativa parcela de servidores atualmente coberta de maneira subsidiária por planos e seguros de saúde através de contratos coletivos por adesão, pelas razões a seguir apresentadas:

- a) relativa simplicidade de constituição da pessoa jurídica sem fins econômicos de acordo com o art. 53 do Novo Código Civil;
- b) liberdade e flexibilidade de gestão como entidade privada;
- c) maximização da aplicação eficiente dos recursos com administração focada na associação;
- d) maior transparência de gestão;
- e) profissionalização dos recursos humanos envolvidos em saúde suplementar;
- f) maior envolvimento emocional dos usuários que acabam cultivando sentimento de “fundadores”, refletindo-se numa maior conscientização da utilização.

O modelo aqui apresentado assemelha-se a uma Caixa de Assistência, que é constituída juridicamente como uma associação sem fins econômicos, gerida com a atuação preponderante dos “patrocinadores”, garantindo-lhe profissionalismo na gestão e fiel manutenção dos objetivos sociais da entidade.

Paradigma das autogestões, a CASSI, por exemplo, que é a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil, possui gestão compartilhada com membros do banco e dos representantes de funcionários.

5. GERENCIAMENTO ESTRATÉGICO DO RISCO EM SAÚDE SUPLEMENTAR

Uma entidade que se propõe a administrar o seu próprio plano de assistência à saúde sob a forma de autogestão, além de passar a ser uma organizadora de recursos financeiros, tem que ser também uma eficiente gestora de riscos assistenciais.

Vejam, a seguir, quais variações desse tema e as principais técnicas disponíveis nesse segmento.

5.1. ENTENDENDO O RISCO

A essência da atividade seguradora é o risco contra o qual deseja o segurado proteger-se transferindo para terceiros a responsabilidade de sua administração. Significa, portanto, a incerteza da perda financeira.

Segundo Cata Preta (2004), “quanto maior for a incerteza (em relação à ocorrência do risco), menor será a contribuição ou prêmio a ser cobrado do segurado.”

Neste mesmo sentido, Lima (2005) identifica o risco como sendo o potencial para que eventos inesperados venham a acontecer ou para que eventos esperados não venham a acontecer, nos quais ambos podem culminar em resultados adversos.

Na perspectiva de Benstein¹⁴, no entanto, o gerenciamento de risco é definido como:

O processo pelo qual indivíduos e organizações tentam assegurar que os riscos aos quais eles estão realmente expostos são riscos aos quais eles precisam estar expostos para atingir os seus objetivos e maximizar sua felicidade (indivíduos) ou seus valores (empresas).

As OPS, da mesma forma como acontece com uma seguradora, ao assumir um determinado risco, concede uma garantia em favor daquele que lhe transferiu tal incerteza de perda e que, por essa razão, efetuou o pagamento de uma contribuição.

Haveria, na visão de Lima (2005), alguns mitos sobre a noção de risco que precisariam ser eliminados para que se obtivessem melhores resultados em seu gerenciamento. São eles:

- a) a visão de que todo risco é ruim. Para o autor, grande parte dos riscos são simétricos, no sentido de que envolvem a transferência de riqueza de uma parte para outra. Ou seja, até mesmo em uma internação com custos assistenciais de grande vulto, não podemos dizer que para o hospital aquele não foi considerado um risco bom;
- b) a tendência em agir com excesso de conservadorismo diante dos riscos. Segundo o eminente professor, nem sempre a atitude mais conservadora em relação ao risco é a melhor, haja vista a possibilidade de obter-se ganhos com as probabilidades de acertos em detrimento ao prejuízo pela não implementação de tal medida em função do perfil conservador do gestor dos riscos; e
- c) a compreensão de que alguns riscos devem ser eliminados a qualquer custo. Sempre devem-se levar em consideração o estudo do custo de uma decisão sobre a aceitação/eliminação de um risco, em função do benefício que essa atitude possa vir a oferecer.

5.2. SELEÇÃO DE RISCOS

A aceitação de todo e qualquer tipo de risco com o qual se defronta um OPS é uma das principais causas de desequilíbrio econômico-financeiro das empresas do setor.

Nem todo risco, ou seja, nem toda pessoa ou grupo de pessoas que deseja fazer seu plano de saúde pode ser considerado com um elemento segurável padrão, entendendo como tal aquele que preencha os requisitos mínimos para ser considerado ideal, tais como reduzida faixa etária, higidez física e mental e capacidade sócio-econômica adequada ao contrato.

Para Bahia (2001, p.3), “os fundamentos da seleção dos riscos consistem em maximizar as áreas sobre as quais se tem controle e minimizar aquelas que não permitem estabelecer previsões futuras.”

Nesse liame, Cata Preta (2004, p.71) sugere que a avaliação e aceitação de riscos “(...) deve estar inserida no Planejamento Estratégico da operadora (...)”. E acrescenta que se

¹⁴ Apud Lima, Clovis Ricardo Montenegro. Administração da assistência suplementar à saúde. Rio de Janeiro: E-Papers, 2005. P. 73.

deve considerar também os seguintes fatores:

- a) tipo de planos que a operadora decidiu operar;
- b) experiência e dados estatísticos sobre as propostas que forem apresentadas;
- c) exigências técnico-normativas como, por exemplo, o Limite de Retenção ou Limite Máximo de Responsabilidade estabelecidas pela Área Técnica;
- d) exigências legais, como por exemplo as contidas na Lei 9.656/98 sobre idosos e deficientes, doenças preexistentes e outros;
- e) (...)
- f) análise do grupo a ser segurado, higidez e levantamento das cronicidades existentes;
- g) fatores ambientais (...).

5.3. RISCO MORAL

Também conhecido com *moral hazard*, o risco moral diz respeito à mudança de comportamento do segurado (ou beneficiário de OPS) em função de não ter que arcar com todo o custo dos procedimentos consequentes.

É possível, por esta teoria, que o indivíduo que tenha um plano de saúde passe a visitar com mais frequência o seu médico do que se tivesse que pagar a totalidade da consulta.

Nesta mesma linha, Bahia (2001) sintetiza que trata-se da propensão de alteração do comportamento do indivíduo porque está segurado.

Para Godoy, Nunes da Silva e Balbinotto Neto (2004), o risco moral não altera apenas o comportamento do indivíduo, mas também cria ineficiência econômica, já que a percepção individual tanto do custo como do benefício da atividade difere do custo ou benefício da sociedade.

Conclusivamente, Alves (2004) define que existe risco moral quando os consumidores de seguro não executam o nível apropriado de precaução.

O risco moral decorre também da existência de informações assimétricas, que dificultam o monitoramento das ações e determinam comportamentos distintos daqueles observados em situações normais.

Se fosse possível para as partes determinarem quais gastos seriam cobertos, não haveria possibilidade de aparecimento de risco moral. Sabendo antecipadamente de quais cuidados médicos iria necessitar, o indivíduo poderia contratar o reembolso de tais despesas mediante o pagamento de um prêmio e seu comportamento seria o mesmo, independentemente de estar segurado ou não. Dada a imprevisibilidade inerente aos gastos médicos, isso não é possível, o que impede o estabelecimento de contratos de seguro saúde completos. Consequentemente, surgem oportunidades para os usuários alterarem seu comportamento, consumindo serviços médicos em excesso quando estão segurados e não arcam com os custos totais.

5.4. SELEÇÃO ADVERSA

Quando se verifica a tendência de os proponentes de planos de saúde decidirem utilizar seu maior conhecimento sobre seu próprio estado de saúde e outros fatores que poderiam agravar o preço para adquirir produtos desta espécie com prêmios mais baixos do que os atuarialmente justificáveis, configura-se, então, o fenômeno conhecido como seleção adversa. Isto ocorre em virtude da assimetria de informações verificada entre a OPS/SES e os beneficiários em que, estes últimos, sabendo de sua propensão potencial a determinados riscos, resolve filiar-se a um plano de saúde. Neste caso, a simetria de informações, base de sustentação de mercados competitivos, é abalada e expõe as operadoras a riscos maiores que os mensurados tecnicamente.

5.5. MECANISMOS DE REGULAÇÃO E CONTROLE DOS RISCOS

5.5.1. Principais Mecanismos de Regulação e de Gerenciamento de Risco no Mercado de Saúde Suplementar

Mecanismos de regulação são recursos adotados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para controlar a demanda ou a utilização dos serviços assistenciais prestados aos consumidores. São recursos que visam restringir, dificultar ou impedir o acesso ao consumo a qualquer tipo de atendimento ou procedimento, devendo estar claramente descritos no contrato.

Os mecanismos existem em função do risco a que estão expostas as empresas ou entidades do mercado de saúde suplementar através de alguma modalidade ou natureza jurídica específica. Alguns fatores, no entanto, contribuem para o agravamento do risco saúde e aumentam o custo geral das operações neste ramo, tais como:

- a) aumento da expectativa de vida;
- b) inovação tecnológica;
- c) melhor compreensão e aplicabilidade das leis de proteção e defesa do consumidor;
- d) assimetria de informações entre prestadores e consumidor e este com relação à operadora;
- e) regulamentação e fiscalização rigorosa;
- f) mudanças nos padrões de relacionamento entre empresas e trabalhadores e outros.

Em razão dessas peculiaridades e do próprio risco puro de saúde, dimensionado pelo estudo matemático das probabilidades de ocorrência de acometimento de doenças que levem ao segurado/beneficiário a buscar o socorro prometido em seu contrato do plano ou seguro de saúde, as empresas buscam se proteger criando programas de promoção, prevenção e melhoria da qualidade de vida e do estado de higidez do grupo atendido e empregando técnicas elaboradas de controle da oferta e da demanda conhecida como mecanismo de regulação e controle.

As ações de controle ou regulação, tanto no momento da oferta quando da utilização dos serviços assistenciais, podem ser empregados desde que em compatibilidade com o disposto no código de ética profissional e na Lei 9.656/98.

5.5.1.1. Mecanismos Financeiros

5.5.1.1.1. Franquia

Entendida como o valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada.

Há uma espécie de franquias que vem sendo tratada pelo mercado como “co-pagamento”, que vem a ser um percentual ou valor fixo sobre o custo do procedimento pago no ato da realização do mesmo.

Nesta mesma esteira, nos ensina Bahia (2001, p.4):

(...) um seguro com franquias requer que o consumidor pague com seus próprios recursos as despesas até os valores previamente estabelecidos como sendo de responsabilidade do segurado. Quando as despesas ultrapassarem os valores das franquias a responsabilidade passa a ser da seguradora.

5.5.1.1.2. Co-participação

Entendida como a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano privado de assistência à saúde referente à realização do procedimento.

5.5.1.2. Mecanismos Sistêmicos

5.5.1.2.1. Porta de entrada

A porta de entrada, também chamada de *gatekeeper* é concebida com a introdução no médico generalista que presta atenção primária e cumpre o papel de única e principal entrada ao sistema médico-assistencial nos planos de saúde que o adotam.

Noutros casos, o emprego da porta de entrada faz com que o consumidor tenha que passar por um médico avaliador que irá ou não autorizar a realização de um determinado procedimento, antes de dirigir-se a um especialista.

5.5.1.2.2. Direcionamento

Outro mecanismo pertencente ao gênero dos mecanismos chamados de “sistêmicos” é o direcionamento, que consiste em interferir diretamente na escolha do prestador de serviços que irá prestar o atendimento médico e hospitalar aos beneficiários ou segurados, dirigindo-os àqueles credenciados/referenciados que melhor atendam às expectativas de menor preço associado ao tratamento demandado pelo paciente.

O direcionamento pode ser implementado de diversas formas, todas visando direcionar os atendimentos a profissionais ou instituições alinhados à estratégia de serviços da operadora, tais como:

- a) orientação de pacientes idosos a núcleos de atenção especial ao atendimento à terceira idade, maximizando recursos e reduzindo custos;
- b) orientação a portadores de determinado grupo de patologia a centros de atendimento previamente selecionado em razão do custo/benefício do tratamento;
- c) orientação de pacientes gerais a centros de atendimento previamente negociados sob condições especiais pelo direcionamento de maior volume de atendimento, reduzindo custos assistenciais; e
- d) orientação de urgências e emergências à pronto-socorros pré-negociados em razão dos custos face o maior volume de atendimentos.

No direcionamento, é comum, também, o consumidor só poder realizar os procedimentos previamente determinados no credenciado escolhido pela operadora.

5.5.1.2.3. Referenciamento

Nesta mesma linha, e com o mesmo objetivo, centra-se os efeitos da implementação do referenciamento, mais um mecanismo de regulação que tem como fundamento a indicação dos provedores de serviços mais adequada e previamente negociada em razão do volume de atendimento.

Tanto a prática do direcionamento quanto do referenciamento, podem ser combinados com o incentivo financeiro ao consumidor, seja com uma menor co-participação e/ou franquia, seja por descontos especiais nos prêmios emitidos em razão dos resultados esperados.

5.5.1.2.4. Hierarquização do acesso

Consiste em estabelecer uma certa hierarquia de atendimento segundo o qual um certo profissional ou instituição de saúde não pode ser acionado sem antes o segurado ser avaliado por um determinado agente.

5.5.1.2.5. Mecanismos de gerenciamento assistencial

É a alta sinistralidade que fez com que se buscasse tais alternativas de gestão à saúde suplementar de forma a atender com mais qualidade e efetividade os usuários, ao menor custo

possível. Como assevera Cata Preta (2004), as técnicas de gerenciamento dos atendimentos aos usuários pode se apresentar também nas seguintes modalidades, focadas no atendimento assistencial aos beneficiários/segurados:

- a) Gerenciamento de Doentes Crônicos (Disease Management);
- b) Internações e Tratamentos Domiciliares (Home Care Services);
- c) Gerenciamento de Casos Especiais (Case Management);
- d) Gerenciamento de Terapias de Longa Duração (Long Term Care);
- e) Núcleos de Atenção Controlada de Saúde (Nursing Homes); e
- f) Programas de Detenção e Prevenção de Doenças.

6. CONCLUSÃO

Considerando as limitações de um trabalho como este, procuramos demonstrar a importância e a viabilidade estratégica da implantação de um sistema de autogestão em saúde suplementar nas Organizações Militares.

Em uma análise mais superficial, é possível acreditar que a complexidade da atividade seja incompatível com os objetivos institucionais de entidades públicas. No entanto, dezenas de organizações com as mesmas características já comprovaram os benefícios de ser uma autogestora do plano de saúde, beneficiando-se das muitas vantagens corporativas e, principalmente, gerando benefícios para os usuários do sistema.

Ao se colocar na posição de autoorganizadora dos recursos assistenciais dos usuários que busquem no sistema suplementar de saúde a complementação de seu plano oferecido internamente, as OMs estão fazendo muito mais do que operar um plano de saúde. Estão garantindo, solidariamente, a oportunidade de milhares de militares de fazerem parte do melhor, mais racional e mais efetivo modelo de plano de saúde existente no país: a autogestão.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] ABRIGO DO MARINHEIRO. Informações úteis sobre plano de saúde. Disponível em <<http://www.abrigo.org.br>>. Acesso em 23 jun. 2005.
- [2] ALVES, Sandro Leal. Análise econômica da regulamentação e do setor de planos e seguros de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FUNENSEG, 2004.
- [3] BAHIA, Ligia.. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. Ciência e saúde coletiva, 2001, vol. 6, nº 2, p. 329-339. ISSN 1413-8123 a.
- [4] _____. Risco, seguro e assistência suplementar no Brasil. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/financiamentodo setor/EE.pdf#serch='ligia%20bahia'>. Acesso em 11 mar. 2005 b.
- [5] BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF. Senado, 1988.
- [6] BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002.
- [7] CATA PRETA, Horácio L. N. Gerenciamento de operadoras de planos privados de assistência à saúde: atendimento aos usuários, controle dos custos operacionais e efetividade e qualidade dos serviços. Rio de Janeiro: Fundación MAPFRE Estudios/FUNENSEG, 2004.
- [8] COMITÊ DE INTEGRAÇÃO DE ENTIDADES FECHADAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. A história da autogestão em saúde no Brasil. São Paulo: CIEFAS, 2001.

- [9] GODOY, Márcia Regina; SILVA, Everton Nunes da; NETO, Giácomo Balbinotto. Planos de saúde e a teoria da informação assimétrica. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/abrangenciadareregulacao/MEG.pdf>. Acesso em 11 mar. 2005.
- [10] GUERRA, Lucyneles Lemos. Estratégia de serviços das empresas que operam planos/seguros saúde no Brasil: Cooperativas, empresas de medicina de grupo e seguradoras. 2. Ed. Rio de Janeiro: FUNENSEG, 1998.
- [11] LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro de.; LIMA, Carlos Rogério Montenegro de. A regulação e a fiscalização do consumo de saúde suplementar no Brasil. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias.htm>. Acesso em 11 mar. 2005 a.
- [12] _____. Administração da assistência suplementar à saúde/Clóvis Ricardo Montenegro de Lima (Org.). 1. ed. Rio de Janeiro: E-Papers Serviços Editoriais, 2005 b.
- [13] MOURA VIANA, João Fernando. A especificidade do seguro saúde frente ao modelo tradicional de seguro após a nova concepção trazida pelo marco regulatório. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias.htm>. Acesso em 11 mar. 2005.
- [14] SIMPÓSIO DE PLANOS DE SAÚDE, 7., 2004, São Paulo. *Anais do VII Simpósio de Planos de Saúde*. São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.abramge.com.br/anais.htm>>. Acesso em 21 out. 2004.
- [15] UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Faculdade de Direito. Núcleo de Estudos do Direito Civil do Seguro/ Fundação Escola Nacional de Seguros. Saúde, previdência. Coordenação de Antônio Carlos Teixeira. Rio de Janeiro: FUNENSEG, 2001.
- [16] VASCONCELOS FILHO, Paulo de. Construindo estratégias para competir no Século XXI. Rio de Janeiro: Campus, 2001.