

## Por que não pensar em um modelo de pós-pagamento (self-funded) para o Plano de Saúde corporativo?

Agosto 2017 • Lockton Brasil

Quando um empregador oferece o benefício de assistência médica para seus colaboradores, ele tem basicamente duas opções de modelos financeiros para custear este benefício: Pré-pagamento e Pós-pagamento (*self-funded*)

O quadro abaixo apresenta, resumidamente, as principais características dos modelos:

**CESAR LOPES**  
Consultor Sênior  
cesar.lopes@br.lockton.com  
Tel: 11 3528-9112  
Cel: 11 99476-0953



| Modelo   | Características  |
|--|--|
| Pré-pagamento  | <p>O contrato define um prêmio mensal (valor médio por vida ou valor por faixa etária), que será reajustado anualmente em função da sinistralidade do contrato.</p> <p>Para grupos de até 29 vidas a Legislação de Saúde determina que o reajuste será definido considerando todos os contratos com este perfil, da carteira da Operadora (pool)</p>   |
| Pós-pagamento com administração terceirizada                   | <p>Empresa contratante é responsável pelo pagamento das despesas médicas efetivamente geradas pela sua população</p> <p>Neste modelo, contrata-se uma Operadora de Saúde para administrar o plano.</p> <p>Para administrar o plano, a Operadora cobra uma taxa mensal por vida coberta no contrato, ou um percentual % sobre as despesas médicas efetivas</p> <p>A Empresa contratante <b>não necessita</b> de registro na ANS – Agência Nacional de Saúde</p> |
| Pós-pagamento, com administração própria (autogestão de saúde) | <p>A empresa, por meio do RH ou de uma Entidade (Caixa de Assistência ou Fundação), é responsável pelo credenciamento de médicos, hospitais e laboratórios para atender a população elegível, e responsável pelo pagamento dos serviços utilizados por sua população</p> <p><b>Necessita de registro na ANS, e de algumas reservas técnicas.</b></p>   |





O modelo mais prevalente de contratação é pré-pagamento. Neste modelo, o contratante do plano paga um valor fixo mensal (per capita ou por faixa etária) e após 12 meses pode ou não haver reajuste em função da sinistralidade do contrato e da inflação médica.



O modelo prevalente de contratação é pré-pagamento. Neste modelo, o contratante do plano paga um valor fixo mensal por vida, e após 12 meses pode haver reajuste de valores, em função de dois fatores que podem ser aplicados isoladamente ou somados: sinistralidade do contrato e da inflação médica, definida nos contratos como VCMH – Variação dos custos médicos Hospitalares. Portanto, neste modelo, a fatura mensal tende a ter um comportamento uniforme de valores ao longo do ano, exceto se houver grandes variações na população coberta.

Com raras exceções é possível encontrar no mercado redução de valores das mensalidades/prêmios quando a sinistralidade do contrato fecha o ano em patamar inferior ao definido em contrato.

Se por um lado o modelo de pré-pagamento ainda é o mais comum, por outro lado o modelo de pós-pagamento ganha cada vez mais terreno no mercado. Além de já ser bastante utilizado em empresas multinacionais com grande quantidade de beneficiários. Pesquisas de benefícios da Lockton identificam que o modelo de pós-pagamento vem sendo adotado, também, em contratos com quantidades reduzidas de vidas.

Durante a minha carreira profissional de mais de 20 anos como consultor de benefícios, estive envolvido em diversos estudos, assessorando empresas dos mais diversos segmentos a migraram do modelo de pré-pagamento para pós-pagamento. Infelizmente, durante estes anos, também me deparei com diversas situações nas quais profissionais que estavam assessorando as empresas, utilizavam discursos tendenciosos visando convencer seus clientes a não migrarem de modelo de financiamento.

Obviamente a clara preocupação destes assessores em não perder receitas com as comissões existentes nos contratos de pré-pagamento se sobrepõe ao que seria mais benéfico para o cliente.

Descrevo abaixo alguns argumentos comumente utilizados:

### **No pré-pagamento o risco financeiro do contrato é transferido para a Operadora de Saúde.**

Com exceção dos contratos com até 29 vidas, os planos de saúde podem ser reajustados considerando dois componentes que podem ser aplicados isoladamente, ou cumulativos: Reajuste Técnico (quando a sinistralidade no período fica acima do percentual definido em contrato, exemplo: > 70% ou 75%) e o Financeiro/VCMH (que em geral é a expectativa da inflação médica para o próximo período, ou seja: recomposição de margem).

Com estas cláusulas, a Operadora de Saúde irá buscar, anualmente o equilíbrio do contrato, portanto, não há garantias que o prêmio contratado ficará mantido no mesmo patamar para o próximo período.

O risco seria realmente transferido para a seguradora/operadora de saúde se a cláusula de reajuste financeiro fosse definida como um índice totalmente desvinculado da inflação médica. O risco da Operadora existe na hipótese de um contrato/apólice, totalmente desequilibrado(a) (sinistralidade muito acima do estabelecido em contrato), que não será renovado pelo contratante. Nesta situação, entendemos que a Operadora poderá ter um prejuízo pontual com o contrato cancelado.

## O pós-pagamento só é interessante para empresas com milhares de participantes cadastrados no plano de Saúde.

É fato que, quanto maior a população cadastrada no plano de saúde, mais previsível o orçamento. Lembro que o mutualismo é fator importante no comportamento dos custos. Sempre haverá participantes no grupo coberto que necessitarão de mais atendimento médico, seja por questões de doenças crônicas ou por eventos catastróficos pontuais, e, felizmente, um maior número de pessoas que não necessitarão utilizar o plano, ou utilizarão muito pouco o plano durante o ano. É esta relação entre frequência de utilização, valor médio de cada procedimento médico, e severidade dos eventos que definirão o custo do programa e a necessidade de reajustes.

Não existe uma fórmula mágica para definir o tamanho ideal. Existem cálculos de desvio padrão que podem auferir, com 95% de segurança, que um grupo acima de 3.000 vidas já pode ser considerado um candidato potencial para o modelo. Conheço empresas com menos de 1.000 vidas no contrato que adotam há anos o modelo de pós-pagamento e que gastam com o plano muito menos do que gastariam se estivessem no modelo de pré-pagamento.

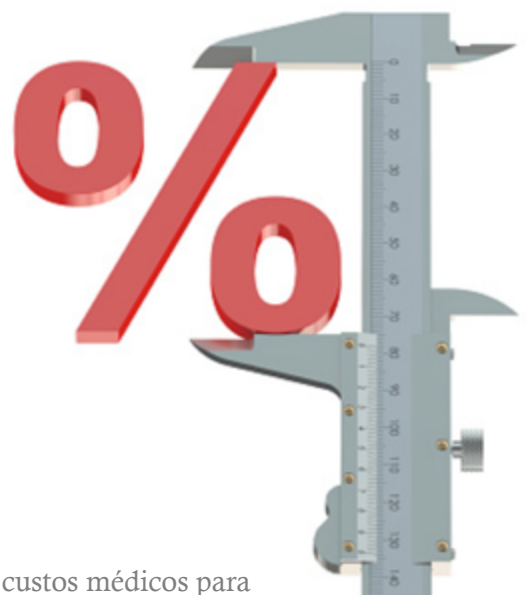
### No pós-pagamento a Operadora de Saúde não irá gerenciar o plano da mesma forma que faria se o contrato fosse no modelo de pós-pagamento.

Partindo da premissa que:

- Os profissionais credenciados pelas Operadoras de Saúde, que atuam nos dois modelos de contratos (pré-pagamento e pós-pagamento) recebem pelos serviços os mesmos valores, independentemente da origem contratual do participante do plano
- Que a equipe de regulação dos sinistros, autorizações prévias de procedimentos e negociações com a rede são as mesmas
- Existem protocolos de atendimento na maioria dos hospitais
- Existem pacotes pré-negociados com os hospitais para um leque grande de procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos
- Que o contratante pode definir com a Operadora que os processos de liberação de atendimentos e ou exceções continuem os mesmos



Não existe uma fórmula mágica para definir o tamanho ideal. Existem cálculos de desvio padrão que podem auferir, com 95% de segurança, que um grupo acima de 3.000 vidas já pode ser considerado um candidato potencial para o modelo.



Não identificamos que a mudança de modelo trará novos custos médicos para o contratante

## **A gestão de um plano de saúde no modelo de pós-pagamento requer um maior envolvimento da área responsável (RH ou Benefícios)**

Como no modelo de pós-pagamento, as despesas oscilam de um mês para outro, é possível que a área responsável seja mais demandada para explicar/justificar os motivos da oscilação de despesas.

A gestão do plano, no modelo de pós-pagamento deve ser mais focada na gestão dos custos e da utilização dos procedimentos, com envolvimento constante dos gestores, ao invés de uma gestão mais focada nos prêmios pagos e na sinistralidade do contrato, com envolvimento maior dos gestores apenas no período do reajuste do contrato. Não podemos nos esquecer que a assistência médica geralmente representa o segundo maior custo dentro da área de recursos humanos.

Recomendamos que antes de qualquer tomada de decisão sobre uma mudança no modelo de financiamento, seja realizado um amplo estudo de viabilidade, com envolvimento das áreas financeira e jurídica.

A discussão é se a empresa está disposta a se envolver mais na gestão do plano para obter “*savings*”, ou manter o “*status quo*”, apostando que sempre terá sucesso nas negociações anuais, mas gastando mais para ter uma previsibilidade temporária no fluxo de caixa.

Como mensagem final, reforço que o risco financeiro do programa de saúde “coletivo empresarial”, independentemente do modelo adotado, é sempre do contratante do plano. O que diferencia os modelos é o momento em que a empresa quer reconhecer as despesas geradas, ou seja, durante o ano, conforme elas são pagas e repassadas pela administradora do plano (pós-pagamento), ou na data base do reajuste contratual (pré-pagamento).