

Esclarecimentos sobre a transição para o Cemig Saúde

O BDMG atualmente oferece aos seus colaboradores ativos, assistidos e dependentes o plano de saúde de autogestão Pro-Saúde, administrado pela Desban, que inclui cobertura ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontologia. Esse plano é custeado em regime de preço pré-estabelecido, por meio de contribuições mensais de patrocinadores, empregados, diretores e dependentes, além de coparticipação em determinados procedimentos.

Desde 2014, o BDMG e a Desban, por meio de seus órgãos colegiados, têm acompanhado com preocupação o desempenho do plano assistencial Pro-Saúde. Em resposta a essa preocupação, foi conduzido o estudo "Avaliação de Plano Assistencial: alternativas para gestão da assistência à Saúde dos Empregados do BDMG e Análise de Solvência dos Fundos Assistenciais – Relatório Final" (RN/DESBAN nº 003, de 11/07/2014). Este estudo já identificava os limites inerentes a um plano assistencial de autogestão, caracterizado por um número restrito de vidas e um perfil etário maduro. Essas características apontavam para uma elevação significativa dos custos assistenciais, além de despesas administrativas e operacionais acima da média do mercado, o que passou a exigir a utilização sistemática do Fundo Assistencial para cobrir as despesas do Pro Saúde.

Passada mais de uma década, as conclusões do estudo se confirmaram. Em junho de 2024, a massa de usuários totalizou apenas 1.752 vidas, uma redução de 12,3% desde 2014. A redução do número de usuários deve-se fundamentalmente ao envelhecimento natural da massa, ao valor da contribuição de dependentes agregados e à perda do patrocínio para os aposentados e seus pensionistas a partir de 22/02/2018.

O elevado custo do plano, combinado com a ausência do benefício pós-emprego para os atuais empregados, levou muitos participantes e agregados a migrarem para outros planos de mercado ainda enquanto mais jovens. Essa decisão visa evitar preços elevados ou até mesmo a impossibilidade de adesão a um plano de saúde no futuro.

A distribuição etária dos beneficiários do Pro-Saúde em comparação aos usuários de planos de saúde de autogestão de todo o país comprova o seu perfil bem mais envelhecido. 52,6% dos seus beneficiários estão na faixa etária de 54 anos ou mais, mais que o dobro do percentual registrado para o grupo das autogestões, que é de 21,0%.

O pequeno porte do plano e seu perfil etário pressionam os custos de várias formas, destacando-se os seguintes aspectos:

- As exigências regulatórias da ANS, a cada ano mais complexas, elevam os custos operacionais e administrativos.
- O grau de especialização da gestão de saúde exige a intensificação do uso de ferramentas tecnológicas, inacessíveis para pequenas operadoras devido ao alto custo de implantação e operação.
- O poder de barganha nas negociações com prestadores de serviços é diminuído dada a escala inadequada de operação, elevando o custo individual dos procedimentos de saúde.
- Afeta diretamente a evolução das despesas assistenciais, visto que o custo dos planos de saúde nas idades mais avançadas é sabidamente mais elevado, dada a maior utilização do plano e a realização de procedimentos de custo mais elevado.

Além disso, observa-se um cenário de contínuo aumento nos custos de saúde, impulsionado por novas tecnologias de diagnóstico e tratamento, medicamentos de alto custo, e pela concentração e oligopolização do mercado de saúde. A judicialização de procedimentos e medicamentos não incluídos no rol da ANS também contribui para essa tendência. Todos esses fatores resultam em custos mais elevados e mensalidades mais onerosas.

Avaliação atuarial do Pro-Saúde referente a 2024 e Proposta de Plano de Custeio para 2024/2025 (Relatório Final RN/DESBAN nº 008, de 16/08/2024) estimou uma necessidade de reajuste das receitas do plano da ordem de 15,07%. A matéria foi examinada na 449ª Reunião do Conselho Deliberativo da Desban, que aprovou por unanimidade o reajuste de 4,5% do plano e a utilização da receita financeira correspondente ao ganho nominal das aplicações do Fundo Assistencial como fonte de recursos de custeio do plano.

O Fundo Assistencial do Pro-Saúde tem por objetivo fazer frente às oscilações de despesas e à eventual necessidade de pagamento de alguma despesa contingencial, além da cobertura do Capital Regulatório também exigido pela ANS. No entanto, a utilização de recursos do Fundo Assistencial para custear as despesas do Pro-Saúde tem sido a regra visando mitigar o impacto da necessidade de reajuste para cobertura dos déficits apurados.

Em maio de 2024, este Fundo totalizava R\$ 30.181.000,00, valor correspondente a 17,2 vezes a despesa assistencial mensal do Plano. Apesar desta solvência confortável, cabe observar que a utilização deste fundo para mitigar os reajustes

necessários na mensalidade do plano tem preocupado a administração, já que, em 2019, este Fundo equivalia a 22,7 vezes a despesa assistencial mensal projetada e, em 2010, correspondia a 47 vezes.

Diante do quadro definido e do risco a médio prazo de encarecimento substantivo das mensalidades do plano Pro-Saúde, a administração do BDMG, atenta a seu dever de fidúcia, buscou alternativas para o provimento à saúde de seus empregados e ex-empregados. Todos os modelos de provimento foram avaliados em termos de viabilidade operacional, jurídica e financeira.

Nesta análise, evidenciou-se a superioridade dos planos de autogestão, que oferecem um cuidado diferenciado ao usuário e custos mais atrativos, uma vez que operam sem fins lucrativos. Além disso, destacou-se a importância de escolher uma operadora com porte adequado ao mercado de saúde, para aproveitar os benefícios das economias de escala discutidas anteriormente.

Considerando a regulamentação da ANS sobre normas de patrocínio para operadoras de autogestão, e após avaliar as alternativas disponíveis no mercado, decidiu-se pela adesão à Cemig Saúde. Esta operadora de autogestão é instituída por uma empresa pública controlada pelo Estado de Minas Gerais, assim como o BDMG.

Essa decisão está em consonância com a tendência de fusão de planos de autogestão, incentivada pelo órgão regulador para assegurar que essas operadoras mantenham um porte compatível e sustentável. Esse movimento permite que empresas com afinidade de negócios, ou pertencentes ao mesmo setor, compartilhem recursos e aumentem a eficiência operacional dos planos, garantindo melhores condições de custo e atendimento para os beneficiários. O objetivo é evitar que os planos permaneçam pequenos e vulneráveis às pressões regulatórias e financeiras, mantendo a solidez necessária para assegurar a continuidade e a qualidade dos serviços prestados.

Com uma sólida reputação no mercado e uma escala de operação abrangendo quase 60 mil vidas, a Cemig Saúde oferece custos competitivos. Para ilustrar, em 2023, enquanto a Desban apresentou um custo administrativo de 21,5% de suas receitas, a Cemig Saúde contabilizou apenas 8,1%. Essa diferença resulta principalmente da escala de operação adequada, o que significa que, para o grupo de empregados e ex-empregados do BDMG, recursos que anteriormente eram destinados à administração do plano poderão agora ser direcionados diretamente para a saúde dos beneficiários.

Ainda, para assegurar a legalidade da migração, foram contratados diversos pareceres que estabeleceram as premissas jurídicas para a mudança no modelo de saúde. Entre eles, o parecer da Toro Advogados e Associados (maio/2020) indicou que não há direito adquirido a um modelo específico de plano de saúde ou forma de custeio, especialmente quando a alteração é necessária para manter o equilíbrio econômico e a continuidade do sistema (exceção da ruína). O benefício pode ser ajustado para evitar o colapso do sistema, desde que não haja onerosidade excessiva ao usuário nem discriminação ao idoso, e mantendo-se as condições compatíveis de cobertura assistencial.

Adicionalmente, com base na Teoria da Exceção da Ruína, a jurisprudência dominante considera que a alteração unilateral do plano de saúde é parte do poder diretivo do empregador. Conforme o parecer de Abdalla Landulfo (janeiro/2022), há direito adquirido a um benefício compatível com o atual, assegurando equivalência de cobertura.

O parecer de Oliveira Rodarte Advogados (outubro/2021) orientou que o Fundo Assistencial permanecerá na Desban, com finalidade vinculada aos beneficiários e voltada à saúde. A transição para o novo modelo será realizada de forma gradual, sem o encerramento imediato do Pro-Saúde, permitindo que todas as pendências judiciais e financeiras sejam regularizadas. Dessa forma, será possível garantir a continuidade dos tratamentos e internações em andamento. Além disso, o saldo remanescente do Fundo será destinado a cobrir eventuais despesas contingenciais do novo plano, que será oferecido pela Cemig Saúde, após a conclusão completa do processo de migração e a baixa dos passivos da Desban relacionados ao Pro-Saúde.

BDMG e Desban continuam à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas e manter o diálogo aberto, sempre com foco na transparência e no bem-estar de todos os envolvidos.