

## **Envelhecimento da População e os Planos de Previdência-Saúde**

**Marcos Novais**  
**Carina Burri Martins**

**José Cechin**  
*Superintendente Executivo*

### **APRESENTAÇÃO**

Este texto apresenta uma proposta de plano de saúde que se enquadra nos chamados “planos de saúde orientados pelo consumidor”. Os planos orientados pelo consumidor são planos que incentivam o beneficiário a assumir maior responsabilidade sobre a tomada de decisão quanto ao uso dos recursos da medicina. Este conceito de planos, atualmente não contemplado na legislação brasileira, nasceu em Cingapura na década de 80 e foi sendo aperfeiçoado até chegar ao modelo atual que têm obtido boa adesão nos EUA. Por suas características e incentivos pode-se esperar que ajudem a enfrentar o desafio de financiamento da saúde dos idosos.

Esses planos, quando têm uma componente de acumulação, prestam-se a suavizar as flutuações de renda no ciclo da vida. Permitem, por exemplo, transferir renda de períodos de elevada remuneração e baixos gastos com saúde para os períodos em que a remuneração cai e os gastos com saúde atingem valores elevados. Entre as soluções propostas está a criação da Previdência-Saúde ou de planos com franquia e acumulação. Na Previdência-Saúde os indivíduos são incentivados a constituírem poupanças durante períodos de renda elevada, para serem utilizadas em momentos de maior fragilidade financeira. Outra possibilidade são os planos com franquia e acumulação que aliam os benefícios de permitir maior poder de decisão aos beneficiários com a formação de poupança que auxilia o planejamento financeiro ao longo do ciclo de vida.

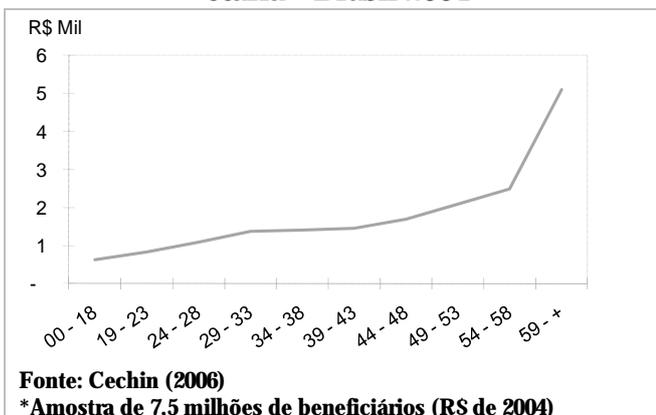
### **1 INTRODUÇÃO**

A freqüência com que os indivíduos buscam os serviços de saúde expressa essencialmente o desejo por melhores condições de vida. Mas essa freqüência é altamente impactada pelo envelhecimento da população. A cada ano que passa, cresce a proporção de idosos na população. É uma tendência mundial, que não mostra sinais de reversão. O IBGE estima que em 2040 a razão de dependência, isto é, a razão entre o número de idosos (65 ou mais anos de idade) e o número de pessoas em idade ativa (entre 14 e 64 anos) será de 26/100, ou seja, para cada 100 pessoas com idade entre 14 e 64 anos haverá 26 com idade igual ou superior a 65. Hoje essa razão é de 10/100.

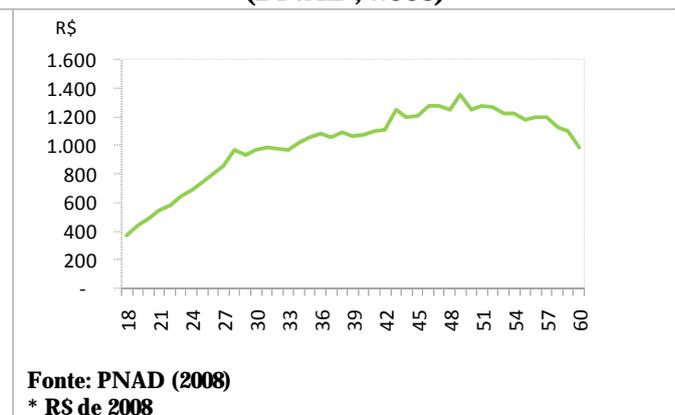
O envelhecimento, do ponto de vista individual, é um processo natural de fragilização que provoca progressiva vulnerabilidade fisiológica, fazendo com que o indivíduo idoso esteja mais propenso a

problemas crônicos e graves de saúde. Por isso o idoso é um usuário mais freqüente dos serviços de assistência médica. Além da maior freqüência os serviços por eles utilizados são, via de regra, mais complexos e mais caros, o que explica o seu maior gasto individual com saúde (Figura 1). Se o percentual de idosos na população aumenta, eleva-se também a freqüência e a intensidade da utilização dos serviços médicos na sociedade, isto é, haverá maiores gastos com saúde.

**Gráfico 1 - Despesa Assistencial por faixa etária - Brasil 2004**



**Gráfico 2 - Renda Média dos Brasileiros (PNAD, 2008)**



Acompanha o avanço da idade, além do aumento nos gastos com saúde, uma importante redução na renda. A renda dos indivíduos aumenta nas décadas iniciais do exercício da profissão, em razão dos ganhos de produtividade que vêm da educação e aprendizado. Mas nas etapas finais a remuneração cai. A Figura 2 traça uma trajetória típica da renda dos brasileiros ao longo da vida, conforme levantada pela PNAD/2008. Os dados da RAIS, para diversas classes de remuneração ou anos de escolaridade mostram trajetórias similares. A queda é mais acentuada na passagem para a aposentadoria, pois esta é baseada na média das remunerações, quase sempre menor do que a última.

De acordo com Cechin (2006) duas questões precisam ser enfrentadas: (i) como fazer para manter o aumento de custo em nível suportável e (ii) como financiar esse custo crescente. Essas questões dizem respeito não só à saúde suplementar, mas também às pessoas e ao Sistema Único de Saúde. As tendências ao aumento das despesas médicas parecem inexoráveis no tempo e em todos os países. Todavia, devem existir maneiras de fazer com que esse crescimento seja menos acentuado. Medidas como a adoção de hábitos saudáveis de vida podem postergar a instalação de doenças crônicas ou reduzir sua gravidade, contendo a escalada das despesas. Da mesma forma, o gerenciamento dos casos crônicos depois de instalada a doença pode conter a escalada de sua gravidade e o gerenciamento focalizado em grupos de risco pode ser uma medida eficaz para postergar a instalação da doença.

No que tange à segunda questão, há, em linhas gerais, duas abordagens. Uma primeira é o financiamento inter geracional, no qual os jovens subsidiam os idosos. Uma forma alternativa seria a formação de reservas, na qual o indivíduo, durante sua vida ativa, quando tem maior renda disponível e menores gastos com a saúde, constitui uma reserva capitalizada, em seu nome, para utilizar no financiamento de sua saúde ou do seu plano de saúde, quando estiver idoso.

Atualmente, a sociedade brasileira fez a opção pelo financiamento inter geracional. A regulação dos planos de saúde adotou um limite máximo das mensalidades a serem cobradas dos idosos: o preço para o idoso não pode superar 6 vezes o preço para os indivíduos de 0 a 18 anos. Posteriormente, o Estatuto do Idoso vedou o reajuste de preço em razão de mudança de faixa etária a partir dos 60 anos. Ocorre que a razão das despesas dessas duas faixas etárias pode superar bastante a seis vezes. Fica implícito nessas opções que os jovens subsidiam os idosos em mecanismo semelhante ao dos sistemas de repartição simples da Previdência Social. No entanto, este sistema é posto em cheque quando aumenta a proporção de idosos em relação ao número de pessoas em idade ativa.

Neste contexto a formação de reservas individuais capitalizadas pode propiciar vantagens a todos - aos consumidores jovens e idosos, às operadoras e ao governo, por ser mais transparente na forma de alocação dos recursos e por trazer mais segurança ao mercado. Essa modalidade envolveria maior dose de individualismo, manifesta na formação das reservas individuais, sem, no entanto abandonar o mutualismo e a solidariedade dentro do grupo segurado de cada faixa etária. Com a capitalização cessa o subsídio inter geracional e passa haver uma transferência intertemporal - ao acumular recursos na conta individual capitalizada a pessoa está transferindo recursos próprios recebidos por ele mesmo quando jovem para si próprio quando idoso.

A idéia do novo conceito é transferir aos segurados incentivos financeiros para que se envolvam na decisão sobre a utilização de serviços de saúde. A concepção parte do princípio de que os beneficiários devem ter consciência a respeito dos custos dos serviços de saúde para que prezem pela eficiência do sistema e estabeleçam planejamento financeiro para momentos de maior gasto com saúde.

## **2 PLANOS ORIENTADOS PELO CONSUMIDOR**

### **2.1. Previdência-Saúde**

Previdência-Saúde é um produto que combina plano ou seguro de saúde com a constituição de reservas financeiras em conta individual capitalizada. Ele pode ser mais um produto em oferta no mercado para livre escolha dos consumidores. Sua adoção não implica o abandono das modalidades de planos atualmente existentes.

Na Previdência-Saúde, o trabalhador durante sua vida laboral faz aportes mensais de recursos para uma conta individual capitalizada para uso em saúde quando escasseia ou desaparece a renda do trabalho, como acontece no desemprego prolongado e na aposentadoria. Nesse aspecto, trata-se de conceito similar ao da Previdência Social, com a exceção de que na Previdência Social, que opera em regime de repartição simples, as contribuições não são capitalizadas. Assim como na Previdência, as contribuições no caso de planos corporativos poderiam ser compartilhadas entre empregado e empregador.

Note-se que o saldo da conta individual capitalizada da Previdência-Saúde é patrimônio do segurado que deve ser disponibilizado a ele no momento em que o solicitar. Como o tempo de acumulação pode ser bastante longo, de mais de 3 décadas, mesmo uma contribuição de valor mensal modesto poderia gerar um considerável montante.

A Previdência-Saúde deveria ter tratamento tributário similar ao dos planos de previdência complementar privada. Teria, no entanto, uma diferença: os resgates utilizados para custear procedimentos de saúde que constem do Rol definido pela ANS, inclusive as mensalidades dos planos e seguros de saúde, deveriam ser isentos de tributação. Isso não configuraria um aumento de isenção do Imposto de Renda, pois as despesas com saúde já são dedutíveis.

Embora seja patrimônio da pessoa, disponível mediante solicitação, seria conveniente condicionar a fruição desse incentivo tributário a ter um plano ou seguro de saúde convencional. Isto porque o fundo de Previdência-Saúde não é plano de saúde e o indivíduo precisa estar coberto para o risco corrente de adoecer. Ademais, os jovens, por terem baixo risco podem optar por postergarem a entrada no plano de saúde, o que não seria interessante, pois o indivíduo estaria sem cobertura caso viesse a necessitar de serviços de saúde.

A Previdência-Saúde possibilita:

- Acumular um importante montante, que auxilia o pagamento das despesas com saúde que crescem conforme a idade avança.
- Expandir a atividade de previdência complementar, de gestão de recursos previdenciários, na qual as parcelas antecipadas das contribuições futuras devem ser geridas de modo independente do negócio seguro-saúde (eventualmente até por instituição financeira especializada).
- Formar poupança de longo prazo, que é importante para o desenvolvimento econômico do país, pois os recursos acumulados precisam de retorno o que exige o desenvolvimento de veículos de aplicação em longo prazo, à semelhança da previdência privada. Contribui também para o planejamento orçamentário familiar.

Qualquer mecanismo que promova a elevação da taxa de poupança é, além de tudo, de incontestável importância para o país. Isso por causa da necessidade latente de se elevar as taxas de

investimento necessárias para sustentar uma trajetória de crescimento acelerado da economia com aumentos de produtividade. Na China a taxa de investimento alcança 40% do PIB, nos países pertencentes ao FMI 24% e no Brasil somente 19%. A formação de poupanças institucionais de longo prazo é necessária para promover os investimentos e reduzir a dependência de importação de parte da poupança de outros países. Portanto, a Previdência-Saúde representa uma importante medida capaz de contribuir para elevação da taxa de poupança brasileira.

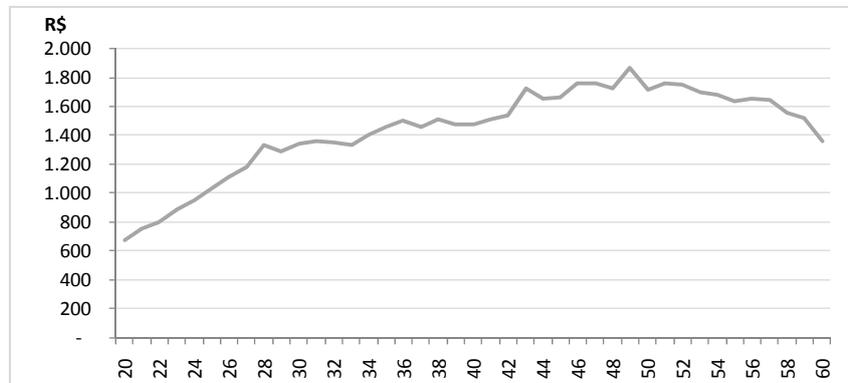
Dessa forma, os planos de Previdência-Saúde podem de forma simples auxiliar no financiamento dos investimentos requeridos para sustentar a taxa de crescimento econômico bem como dos maiores gastos com saúde relacionados ao avanço da idade e à profunda mudança na estrutura etária da população brasileira. Modelos com transferência inter geracional, que exigem das pessoas em idade ativa a participação no custeio das despesas dos idosos, não se sustentam quando o número de idosos aumenta e o de jovens diminui em um sistema em que a adesão aos planos é voluntária.

### **2.1.1 Exemplo de Acumulação e uso da Previdência-Saúde**

Nesta seção ilustra-se o modelo de Previdência-Saúde com exemplo numérico. Trata-se de um modelo bastante simplificado e sem inflação. Os pressupostos são:

- O indivíduo contribui para sua Previdência-Saúde com 3% do salário, com os aportes iniciando aos 20 anos de idade e cessando aos 60. Para se ter uma idéia de sensibilidade, considera-se um segundo exemplo em que o indivíduo entrou mais tarde no mercado de trabalho ou aderiu mais tarde ao plano de saúde e por isso começa a contribuir somente aos 30 anos.
- Os recursos depositados na Poupança-Saúde rendem a uma taxa de juros real de 4% ao ano.
- O indivíduo, um assalariado médio, inicia sua carreira aos 20 anos de idade com remuneração de R\$ 670, assim como demonstrado na curva de salário no Gráfico 3. A variação de sua renda segue o mesmo padrão da amostra de indivíduos entrevistados pela PNAD de 2008, como mostrado no Gráfico 2. Sendo assim, aos 49 anos a renda atinge o valor máximo de R\$ 1.870 e aos 60 anos cai para R\$1.360.

**Gráfico 3 – Curva de Salário**



Fonte: Elaborado pelo IESS com base na PNAD (2008).

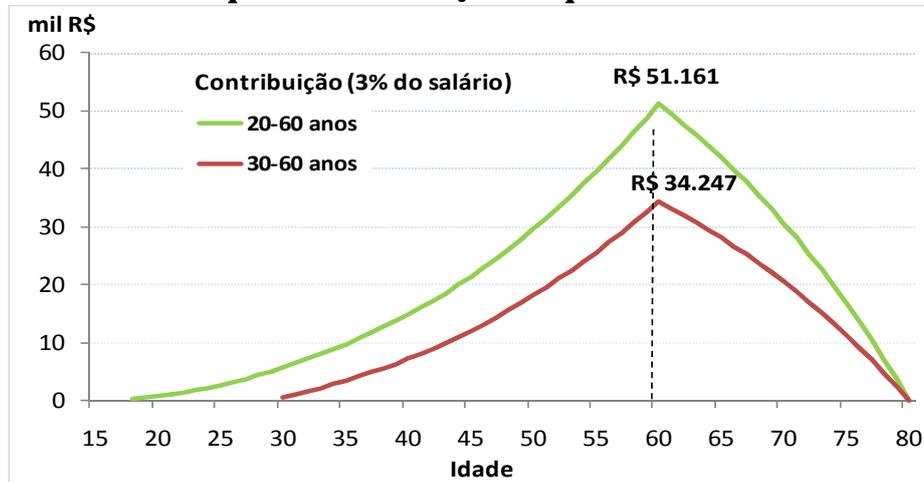
No primeiro exemplo, com contribuição dos 20 aos 60 anos, o beneficiário da Previdência-Saúde começa investindo inicialmente R\$ 20 mensais. Esse valor escala até o máximo de R\$ 56. Ao final do período de acumulação a contribuição é de R\$ 40 ao mês. Acumula, então, um montante de R\$ 51.161 durante os 40 anos. Este valor se disponibilizado mensalmente durante 20 anos proporciona retiradas mensais de R\$ 302.

No segundo exemplo, o período de contribuição é mais curto em 10 anos, assim o mesmo indivíduo contribuirá dos 30 aos 60 anos, com renda inicial de R\$ 1.340. No início do período, o aporte é de R\$ 40 mensais. Aos 49 anos, quando a renda é máxima, a contribuição atinge R\$ 56 mensais e aos 60 anos é de R\$ 40. O investimento proporciona retiradas mensais de R\$ 202.

A contribuição de 3% do salário para Previdência-Saúde, com valores entre R\$ 20 e R\$ 56, parece razoável. Atualmente, as grandes empresas brasileiras gastam em média 10% da folha de pagamento com planos de saúde para os seus funcionários. Considerando uma renda média do trabalhador brasileiro de R\$ 1.300, resultaria uma mensalidade média de R\$ 130 (menor para os de baixa idade e maior os de idade acima da média). O aporte médio seria aproximadamente de R\$ 40 ou cerca de 30% da mensalidade. Observe-se, no entanto, que as mensalidades dos planos individuais são bem mais altas do que a dos planos coletivos, de modo que o aporte de 3% sobre o salário representa menos do que 30% da mensalidade. No mercado, encontram-se tickets médios para entrantes na faixa etária de até 18 anos de R\$ 100, resultando em mensalidade não superior a R\$ 600 para beneficiários com idade superior a 59 anos (limite de seis vezes).

Portanto, as retiradas da Previdência-Saúde seriam suficientes para custear, no primeiro exemplo, metade da mensalidade do plano de saúde (R\$ 600), e no segundo um terço durante 20 anos, tempo aproximadamente igual à expectativa de sobrevida aos 60 anos de idade.

**Gráfico 4 – Exemplo de Acumulação em plano de Previdência-Saúde**



## 2.2 Planos com Franquia e Acumulação

Os planos de saúde com franquias e componente de acumulação foram efetivamente postos em prática em 2003 nos EUA. Lá são chamados de *Health Saving Accounts* (HSA). O HSA é formado por dois componentes: um plano com alta franquia que cobre o alto risco corrente e um programa ao qual o beneficiário contribui para acumular um fundo individual, cujo objetivo é cobrir os gastos relacionados à franquia (na seção seguinte tem uma descrição da experiência norte-americana).

No plano de saúde com franquias os desembolsos iniciais para pagar serviços de saúde são feitos pelo próprio beneficiário. Uma vez que os gastos com sua saúde alcancem o valor da franquia, a operadora passa a cobrir a totalidade dos gastos acima desse valor. Normalmente o período da franquia é de um ano. A franquia permite reduzir a mensalidade para o consumidor, pois ele paga do bolso as despesas com qualquer procedimento até o valor da franquia; as despesas que ultrapassarem esse serão cobertas pelo plano ou seguro de saúde. Uma parte das despesas das operadoras acontece com os procedimentos de baixo valor e alta frequência.

Diferentemente do que vige hoje no Brasil, a atual legislação da ANS permite uma espécie de franquia nos planos de saúde. Porém o art. 2º, inciso VII da Resolução CONSU nº 8, veda o estabelecimento de co-participação ou franquia que caracterize pagamento integral do procedimento por parte do usuário ou fator restritivo severo ao acesso aos serviços.

Já o componente de acumulação é um mecanismo que funcionaria pela cobrança do beneficiário de uma contribuição paralela a mensalidade do plano, para a formação de uma poupança cujo

proprietário é o próprio beneficiário. Uma das formas de incentivar a acumulação é obrigar o beneficiário a depositar o valor da franquia que não tenha sido utilizada para pagamentos de serviços médicos, as próprias mensalidades, co-participação e as franquias dos anos vindouros. O componente de acumulação tem uma grande importância, no caso brasileiro, para custear pelo menos parte das mensalidades na idade avançada quando a renda diminui e os custos aumentam.

Nos EUA o objetivo da importância acumulada é pagar a franquia. Isso porque não é preocupação do cidadão norte-americano o custeio do plano de saúde após os 65 anos, pois a partir deste momento todos aqueles que contribuíram durante a vida ativa para o Medicare, estão segurados por este programa. Por isso, no Brasil, o plano de acumulação associado a planos com franquia pode assumir outras funções, especialmente a de permitir ao usuário o custeio das mensalidades resultantes do reajuste por faixa etária, especialmente na aposentadoria quando a remuneração se reduz consideravelmente. Por isso, o plano de saúde com franquia e acumulação tem o caráter de previdência-saúde.

Quando implementados de forma separada, os planos com franquia e acumulação podem alcançar alguns resultados indesejados. Nos planos com franquia o beneficiário pode deixar de cuidar da saúde para evitar o pagamento do próprio bolso pelo serviço, para economizar o valor da franquia. Já o programa de poupança para saúde, isoladamente, não possui o componente do seguro, que protege o segurado do alto risco individual. Já o programa de poupança para saúde não é plano ou seguro de saúde e se o beneficiário necessitar de cuidados médicos de maior custo tanto a poupança quanto a renda podem não ser suficientes para cobrir os gastos. Segundo Nichols *et al.*, 1997 a melhor proposta é integrar estes dois modelos em um só produto.

Este mecanismo permite redução nos custos e melhora na qualidade dos serviços na medida em que:

- Reduz o uso desnecessário de recursos médicos, já que os indivíduos passam a procurar cuidados médicos quando efetivamente for necessário (Buntin *et al.*, 2006).
- Os indivíduos passam a ser mais exigentes quanto aos procedimentos a serem realizados, já que ao menos os custos iniciais estão saindo do seu bolso ou do seu fundo de poupança. Entende-se que os beneficiários pesquisarão preços com frequência, participarão mais das decisões de seus médicos questionando-os sobre alternativas de tratamento, ficarão atentos a fraudes e excessos da indústria de serviços e deixarão de utilizar salas de emergência (cujos custos de atendimento são elevados) quando não necessário (Buntin *et al.*, 2006 e Wilensky, 2006).
- O componente de acumulação permite poupar a fração da franquia não utilizada para custear aumentos futuros nas mensalidades dos planos e tratamentos não disponíveis no plano de saúde. Dessa forma este componente pode até incorporar características de um fundo de previdência-saúde.

- As operadoras não precisam mais administrar uma ampla rede de credenciados, bastando concentrar-se nos procedimentos de maior custo.

Nos planos com franquia, além da disponibilidade financeira para o pagamento das mensalidades o consumidor também precisa ter disponíveis os recursos para o pagamento da franquia. Para que este esquema seja viável, é preciso tratar de forma independente a parcela cobrada como mensalidade do plano de saúde e aquela de poupança, a última obedecendo aos preceitos dos planos previdenciários.

### **2.2.1 Os Planos *HSA* nos Estados Unidos**

Os planos HSA foram estabelecidos como parte do *Medicare prescription drugs, improvement and Modernization act* assinado pelo presidente Bush em 2003. Consiste em um componente de acumulação para pagamento de serviços médicos, cuja adesão está condicionada à escolha de um plano de saúde com elevada franquia (*High Deductible Health Plans* – HDHP). O plano de acumulação pode ser utilizado tanto para o pagamento de custos de serviços médicos, quanto para co-participação devida pelo beneficiário, assim como muitos outros custos normalmente não cobertos pelos planos, por exemplo: odontológicos, óculos de grau e transporte relacionado à saúde.

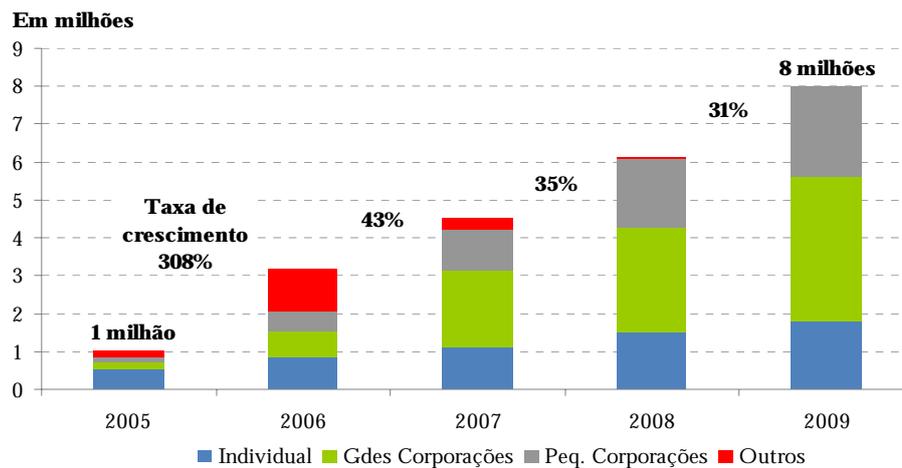
Os depósitos em uma conta de acumulação podem ser feitos pelo mantenedor do plano (beneficiário) ou pelo empregador. Todos os depósitos tornam-se propriedade do beneficiário. Os fundos depositados e não utilizados podem ser carregados para o ano seguinte. Tanto a parcela da renda investida quanto os juros auferidos estão isentos de impostos, inclusive imposto de renda, desde que o fundo seja utilizado para gastos com saúde.

Os participantes não precisam de nenhuma autorização da instituição mantenedora do fundo ou do plano médico para utilizar os recursos acumulados. Se o fundo for utilizado para despesas que não médicas torna-se obrigatório o pagamento do imposto de renda e 10% de multa. A multa é devolvida à pessoa quando a mesma completar 65 anos ou se por ventura tornar-se deficiente. Em caso de morte os fundos são transferidos ao beneficiário nomeado.

O número de americanos que possuem planos com franquia em conjunto com acumulação tem crescido muito nos EUA desde 2005. O Gráfico 5 mostra que o número de cobertos em 2005 era de 1 milhão e em 2009 este número salta para 8 milhões. Apenas de 2005 para 2006 o crescimento foi de 308%. É interessante notar que o movimento não está isolado em um tipo específico de plano, pois atinge tanto os planos individuais quanto os coletivos de grandes e pequenas empresas.

De acordo com dados da *America's Health Insurance Plans* entre os 1,8 milhões de beneficiários de planos individuais, 54% são homens e 46% mulheres. A distribuição entre faixas etárias mostra que o programa atinge tanto jovens quanto idosos: 21% dos cobertos têm até 20 anos de idade, 25% tem entre 20 e 39 anos, 22% entre 40 e 49 e 32% tem 50 anos ou mais.

**Gráfico 5 – Número de indivíduos cobertos pelas HSA's.**



Fonte: HSA Census (2009).

## CONCLUSÕES

O perfil dos salários e gastos com saúde tem trajetórias opostas durante a vida. O salário se eleva no início da vida ativa e no decorrer do tempo se reduz gradativamente. Já o gasto com saúde aumenta bastante conforme a idade avança. Nos planos de saúde a sociedade brasileira optou por repartir com os jovens o maior custo da assistência à saúde dos idosos. A população brasileira está envelhecendo e este processo deve se acelerar nos próximos anos. A Previdência-Saúde desponta como um importante produto capaz de auxiliar o financiamento destes gastos com saúde na idade avançada.

Na Previdência-Saúde cada beneficiário, em períodos de renda mais alta, contribui para um fundo de reserva que, em momentos de dificuldade financeira, como no desemprego prolongado e aposentadoria, pode auxiliar para que o mesmo arque com suas despesas de saúde, inclusive a mensalidade do seu plano. A Previdência-Saúde permite às famílias melhores condições para exercer o planejamento financeiro, além de garantir menor vulnerabilidade do seu patrimônio a gastos com saúde. Contribui também para o país, pois a formação de poupança é importante fonte de financiamento para os investimentos de longo prazo, necessários para o crescimento econômico.

Atualmente, a legislação brasileira já contempla os planos de previdência complementar. A taxa de adesão, os benefícios cedidos aos segurados e o montante acumulado revelam que a experiência tem sido exitosa. É importante ressaltar que com pequenas alterações na atual legislação seria possível disponibilizar os planos de Previdência-Saúde.

## **BIBLIOGRAFIA**

Buntin, M. B. Damberg, C. Haviland, A. Kapur, K. Lurie, N. McDevitt, R. Marquis, M. S. Consumer-Directed Health Care: Early Evidence About Effects On Cost and Quality. **Consumer-Directed Care**, 2006.

Cechin, J. **A História e os Desafios da Saúde Suplementar: 10 anos de Regulação** / José Cechin. – São Paulo: Saraiva: Letras e Lucros, 2008.

**HSA Census, 2009.** AHIP Center for Policy and Research. Disponível em: <http://www.ahipresearch.org/pdfs/2009hsacensus.pdf>

Nichols, L. M. Prescott, N. Phua, K. H. Medical Saving Accounts for Developing Countries. In: **Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference**, 1997.

Wilensky, G. R. Consumer-Driven Health Plans: Early Evidences and Potential Impact on Hospitals. **Consumerism**, 2006.