



Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil

Private health plans with limited coverage: the updated privatizing agenda in the context of Brazil's political and economic crisis

Planes privados de salud con coberturas restringidas: actualización de la agenda privatizadora en el contexto de crisis política y económica en Brasil

Ligia Bahia ¹
Mario Scheffer ²
Mario Dal Poz ³
Claudia Travassos ⁴

doi: 10.1590/0102-311X00184516

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

³ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴ Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

L. Bahia
Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Praça Jorge Machado Moreira, Rio de Janeiro, RJ 21941-590, Brasil.
ligiabahia@terra.com.br

A proposta de expansão de planos de saúde “acessíveis”, “populares” ou “baratos”, apresentada pelo Ministro da Saúde, Ricardo Barros, tem o mesmo traço de redução de direitos sociais expresso em outras medidas do atual governo, entre elas a PEC 241 (<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2088351>), a *Proposta de Emenda Constitucional* que, se aprovada, reduzirá o gasto público *per capita* com saúde ¹ e contribuirá para o aprofundamento das iniquidades no acesso à saúde no Brasil.

Na ausência de esforços para a identificação dos problemas e dos determinantes da conjuntura política e econômica nacional, a expressão “crise”, estendida acriticamente para o sistema de saúde, é extraída diretamente de agendas empresariais setoriais. Apresenta-se, como suposta solução única para a crise, a expansão do mercado de planos e seguros privados, mediante a comercialização de contratos com diminuição de coberturas assistenciais ou de esquemas de copagamentos inibidores do uso dos serviços.

Essa formulação é autóctone, embora mantenha conexão com o receituário de agências multilaterais que preconizam a austeridade com radicalização do ajuste fiscal, e a redução das responsabilidades sociais dos Estados nacionais.

Há encaixes entre a iniciativa de estimular planos baratos e recomendações internacionais, como as do Banco Mundial, para a implementação de cobertura universal de saúde para países

de baixa e média rendas, com base em políticas de suporte à demanda, que incluem subsídios para a aquisição de planos privados, em substituição aos sistemas nacionais, baseados na oferta pública ^{2,3}.

No entanto, a associação da proposta nacional de planos baratos aos cânones de agências multilaterais limita-se aos enunciados genéricos de promoção de maiores gastos privados de indivíduos e famílias, com estímulos ao modelo de pré-pagamento ou coparticipação.

A fórmula inicialmente apresentada consiste na conjugação da desregulamentação das regras de cobertura, especialmente aquelas relacionadas com a possibilidade de redução do número de unidades assistenciais, de restrição da oferta de especialidades médicas e da menor abrangência territorial dos planos de saúde. Outra formulação aventada pretende a oficialização da “dupla porta”, que consiste no atendimento a pacientes e pagamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e por planos privados nas mesmas unidades de saúde públicas.

Com a finalidade de elaborar “projeto de plano de saúde acessível”, um grupo de trabalho ⁴ foi convocado pelo Ministro da Saúde, com a participação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSeg). Simultaneamente, parecer da Advocacia Geral da União (Consultoria Jurídica



junto ao Ministério da Saúde. Memorando nº 219, de 8 de agosto de 2016. Ressarcimento ao SUS) admitiu a possibilidade de estabelecimento de contratos individualizados “entre unidades prestadoras de serviços públicas e operadoras”, além do perdão das dívidas não pagas pelos planos de saúde referentes a cobranças do ressarcimento ao SUS.

O núcleo central da viabilidade dos planos baratos parece consistir, pelo lado da demanda, no aumento das despesas diretas de indivíduos e famílias para a utilização de serviços de saúde e, pelo lado das empresas do setor, na integração oficial de parte da rede pública do SUS aos serviços credenciados pelos planos de saúde, como uma das estratégias para a redução dos custos com o cuidado de saúde prestado e, consequentemente, para a oferta de produtos de menor preço no mercado.

As empresas de planos de saúde contariam, assim, com estabelecimentos públicos em sua rede de prestadores credenciados. Por sua vez, a redução das coberturas seria mitigada pelo uso de unidades públicas, nas condições de saúde, nos seus agravamentos e nas demais situações excluídas ou limitadas pelos contratos dos planos baratos. Ou seja, a universalidade e a integralidade previstas no SUS seriam avalistas da redução do preço da mensalidade dos planos privados.

Outras investidas nacionais para elevar planos baratos à condição de programa governamental tiveram desenho menos extravagante.

A primeira ocorreu no segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso, mediante Medida Provisória ⁵ logo após a aprovação da legislação setorial (*Lei nº 9.656/1998*) que regulamentou as normas de cobertura e reajuste de preços dos planos de saúde. Naquela ocasião, os empresários buscavam desidratar conteúdos legais e fazer avançar a ideia de planos ainda mais restritos, por exemplo, subsegmentados por áreas geográficas, que ofertariam apenas o cuidado disponível nos serviços ali localizados.

Nova investida aconteceu no final da primeira gestão de Dilma Rousseff, no contexto de alteração da estrutura da pirâmide de renda, cuja base foi deslocada para cima em função da ampliação dos postos de trabalho formalizados e do crescimento da massa salarial. Proprietários de grandes grupos econômicos ligados a planos de saúde, por meio de articulações paralelas, tais como reuniões com altas autoridades públicas e contratação de consultores entre personalidades políticas com acesso direto aos núcleos executivos governamentais, buscaram obter subsídios públicos para expandir a oferta de planos “básicos” para milhões de brasileiros ⁶.

A onda de bonança estimulou, ainda, a apresentação, pelo então deputado Eduardo Cunha, de PEC 451 (<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=861000>) que, se aprovada, tornará obrigatória a oferta de plano privado pelos empregadores. O SUS, nessa arrumação, seria destinado aos trabalhadores do mercado informal.

Cabe ressaltar que o legislativo brasileiro é ambiente permeável aos interesses particulares dos planos de saúde. As empresas ou empresários do setor destinaram, segundo registros no Tribunal Superior Eleitoral (TSE), R\$ 54,9 milhões a campanhas eleitorais em 2014 ⁷, contribuindo para a eleição de três senadores e 30 deputados federais, entre eles o ex-deputado Eduardo Cunha e o atual Ministro da Saúde, Ricardo Barros.

A fórmula brasileira de “planos baratos” contém uma sobrecarga de pragmatismo. Sempre no presente ou no curto prazo, seus defensores evocam a conjuntura econômica e as situações “sem saída”, mas, no fundo, pouco se importam com os sinais positivos ou negativos de crescimento econômico.

O uso e a mistura de ingredientes do senso comum, como a impossibilidade do SUS de atender a todos, ou as afirmações de gestores de que o SUS constitucional precisa ser revisto ⁸, ecoadas por setores com inequívoca força social, confluíram para a apresentação de uma solução “mágica”, carregada de elevadíssimo teor ideológico, mas com um envoltório técnico e de defesa do bem comum ⁹. No entanto, existem matizes nas proposições de planos “acessíveis” que, se explicitadas, subsidiam a reflexão e a ação política.

Sob o pressuposto de que os sistemas públicos de países de baixa e média rendas são incapazes de propiciar efetivamente coberturas universais, defensores da transição de sistemas baseados na oferta e nas redes públicas para sistemas direcionados pela demanda e pelos contratos de pré-pagamento, admitem soluções distintas: para os países ricos prescreve-se o modelo universal clássico, seja via serviço nacional de saúde, seja via seguro social, e para os demais países restaria a proposta de cobertura universal ³.

Diversas condições e circunstâncias têm servido de pretexto para a naturalização de assimetrias sociais e, especialmente, para a aquiescência em relação a padrões diferenciados de direito à saúde. Entre elas, a dificuldade de arrecadação de contribuições sociais e impostos, já que uma parcela importante da população trabalha no setor informal; o subfinanciamento e a insatisfação social com a baixa qualidade do cuidado prestado por redes assistenciais públicas; o grande número de agentes e barreiras burocráticas

e institucionais (veto *players* e veto *points*), que impedem reformas radicais e políticas redistributivas; além da limitada disponibilidade de informação sobre a opinião e a experiência das pessoas no acesso e uso de serviços de saúde, o que distancia as decisões políticas das prioridades da população³. Somam-se, ainda, à proeminência do setor privado nos sistemas de saúde de países em desenvolvimento e a existência de sistemas públicos organizados em torno de programas verticais¹⁰.

Com repercussão nos espaços acadêmicos, têm sido questionadas as recomendações de cobertura universal^{11,12} e enfatizados o fortalecimento da regulamentação governamental sistêmica e a expansão dos orçamentos públicos¹³, medidas essenciais para ampliar o acesso à saúde, ainda que não haja paridade e isonomia entre os países que optaram por processos horizontalizados de sistemas universais, como o SUS.

As métricas elaboradas para dimensionar o setor privado nos países de baixa e média rendas não se ajustam a um país como o Brasil, que deu passos vigorosos em direção a um sistema efetivamente universal. Na proposta de cobertura universal, para a identificação de subsistemas no interior dos sistemas de saúde de países em desenvolvimento, são consideradas as proporções das seguintes situações: (a) participação das fontes privadas no gasto com saúde; (b) cobrança pela utilização de serviços no setor público; (c) participação do setor privado nas atividades assistenciais de atenção primária e secundária; (d) presença de grandes grupos econômicos internacionais no mercado de planos privados¹⁴.

Sob tais balizamentos, o Brasil, apesar da elevada proporção de gasto privado em saúde (55% em 2014), mantém um sistema público responsável por 59,9% do total de atendimentos¹⁵ e 14,9% do total de gastos relacionados como o desembolso direto para o consumo de serviços de saúde, proporção menor do que a de vários países em desenvolvimento.

Tais magnitudes evidenciam avanços inequívocos do SUS e verifica-se, portanto, um padrão de relação entre o público e o privado diferente daquele observado em países de alta renda, paralelamente a um forte dinamismo do setor privado na saúde no Brasil. No Reino Unido é o setor público que predomina: a cobertura por planos privados de saúde aumentou de 0,2% da população em 2000 para 3,4% em 2014¹⁶. Em 1998, 24,5% dos brasileiros estavam vinculados a planos privados, proporção que aumentou para 27,9% em 2013¹⁷. A participação dos planos de saúde nas despesas totais com saúde é menor que 5% em 42 países, dentre 53 pesquisados da União Europeia¹⁶. No Brasil, em 2013, os gastos

privados com saúde, excluindo aqueles com medicamentos, somaram 33,7%¹⁸.

No nosso país, a tensão entre os dois modelos (um baseado na oferta e outro na demanda) se expressa tanto por parte das coalizões governamentais vencedoras das eleições presidenciais recentes quanto da que tomou o poder após o impeachment em 2016, na discordância com o SUS efetivamente universal e na intensificação de pressões para incrementar a comercialização de planos privados.

Requisitados por conveniência e pontualmente pelo atual governo para a formulação de propostas de políticas de saúde, representantes de planos de saúde, de grandes hospitais privados, da indústria farmacêutica multinacional, de organizações sociais da saúde e de elites médicas lançaram um movimento denominado “Coalizão Saúde”¹⁹, que expressa “*uma oportunidade única de união de toda a cadeia produtiva para pensar o sistema de saúde do Brasil*” e o “*momento de fortalecer os mecanismos de ação de livre mercado para que haja um reequilíbrio financeiro do setor de forma sustentável*”. O termo sustentável, no caso dos planos “acessíveis”, é evocado na aceitação de menores preços em busca de novos nichos de mercado.

Preços de planos de saúde são formados em função dos custos e da frequência de utilização de serviços e de procedimentos médicos. Nas regras brasileiras atuais, os preços variam de acordo com a faixa etária, tipos de cobertura, quantidade e qualidade da rede credenciada de médicos, hospitais e laboratórios, conforto de hotelaria, abrangência geográfica e percentual ou valor de fator moderador (coparticipação ou franquia)²⁰.

A reação contra a expansão de coberturas assistenciais restritas reúne experiências negativas de médicos e clientes de planos de saúde em relação a valores de remuneração, tempo de espera e garantia de atendimento. Também há rejeição natural do modelo de tarifação em função da avaliação personalizada do risco, que gera altos preços na entrada ou exclusão pecuniária na renovação do contrato do plano de saúde. Já integra o repertório cotidiano a constatação de que problemas de saúde são imprevisíveis, procedimentos preventivos, diagnósticos e terapêuticos são indivisíveis e, por isto, a necessidade de saúde é incompatível com planos de preços promocionais.

Também há muitos problemas nos planos de menor preço até agora comercializados. Previstos em lei, planos ambulatoriais com cobertura apenas de consultas e exames, sem direito à internação, são a modalidade contratada por apenas 4% da população usuária da assistência

suplementar. Permitidos pela ANS, os planos ditos “falsos coletivos”, adquiridos por duas ou mais pessoas mediante um Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou de adesão dissimulada, com ingresso em uma associação ou entidade indicada por corretores, também apresentam preços reduzidos, mas colecionam denúncias porque reajustam mensalidades e rescindem contratos quando bem entendem ou porque oferecem poucas opções e baixa resolutividade em sua rede credenciada.

Um dos efeitos adversos dos planos “acessíveis” já existentes é a judicialização. A quantidade de ações judiciais contra planos de saúde cresceu em velocidade muito maior do que o aumento do número de clientes desse mercado. São as restrições de coberturas assistenciais, so-

breitados tratamentos caros e complexos, os itens atualmente mais demandados, que levam o Judiciário a dar ganho de causa a pacientes em mais de 90% dos casos ²¹. Tal previsibilidade pode ser constatada nas súmulas dos tribunais de justiça, que após julgarem reiteradamente os abusos cometidos pelos planos de saúde, registraram interpretações majoritárias e pacíficas a favor da população usuária ²².

Portanto, os traços de delineamento da proposta de planos baratos não são inteiramente novos, nem suas consequências são imprevisíveis. O ineditismo prende-se ao empréstimo da autoria. As empresas privadas de planos de saúde passaram a ter como representante o próprio Ministro da Saúde.

Colaboradores

Todos os autores participaram de todas as etapas de elaboração do artigo.

1. Vieira FS, Benevides RPS. Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2016. (Nota Técnica, 28).
2. Preker AS, Lindner ME, Chernichovsky D, Schellekens OP. Scaling up affordable health insurance: staying the course. Washington DC: World Bank; 2013.
3. Fox AM, Reich MR. The politics of universal health coverage in low-and middle-income countries: a framework for evaluation and action. *J Health Polit Policy Law* 2015; 40:1023-60.
4. Ministério da saúde. Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016. Institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível. *Diário Oficial da União* 2016; 5 ago.
5. Presidência da República. Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados da Presidência da República. *Diário Oficial da União* 2001; 27 ago.
6. Bahia L, Portela LG, Scheffer M. Dilma vai acabar com o SUS? *Folha de S. Paulo* 2013; 5 mar. p. 3.

7. Scheffer M, Bahia L. Representação política e interesses particulares na saúde: a participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014. Relatório de Pesquisa. <http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015-1.pdf> (acessado em 25/Fev/2015).
8. Collucci C. Tamanho do SUS precisa ser revisto, diz novo ministro da Saúde. Folha de S. Paulo 2016; 17 mai. Caderno Cotidiano.
9. Braga IF. Entidades empresariais e a política nacional de saúde: da cultura de crise à cultura da colaboração [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
10. Montagu D, Goodman C. Prohibit, constrain, encourage, or purchase: how should we engage with the private health-care sector? *Lancet* 2016; 388:613-21.
11. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad Saúde Pública* 2013; 29:847-49.
12. Victora C, Saracci R, Olsen J. Universal health coverage and the post-2015 agenda. *Lancet* 2013; 381:726.
13. Morgan R, Ensor T, Waters H. Performance of private sector health care: implications for universal health coverage. *Lancet* 2016; 388:606-12.
14. Mackintosh M, Channon A, Karan A, Selvaraj S, Cavagnero E, Zhao H. What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. *Lancet* 2016; 388:596-605.
15. Viacava F, Bellido JG. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:351-70.
16. Sagan A, Thomson S. Voluntary health insurance in Europe: role and regulation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/European Observatory on Health Systems and Policies; 2016. (Observatory Studies Series, 43).
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf> (acessado em 10/Dez/2015).
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conta-satélite de saúde 2010/2013. <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000024513312112015334910973600.pdf> (acessado em 15/Dez/2015).
19. Coalizão Saúde. Proposta para o sistema de saúde brasileiro. http://icos.org.br/wp-content/uploads/2016/04/Coalizao_Brochura.pdfm (acessado em 15/Dez/2015).
20. Bahia L, Scheffer M. Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. São Paulo: Editora UNESP; 2010.
21. Scheffer M. Coberturas assistenciais negadas pelos planos e seguros de saúde em ações julgadas pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. *Revista de Direito Sanitário* 2014; 14:122-32.
22. Trettel DB. Planos de saúde na visão do STJ e do STF. São Paulo: Verbatim; 2010.

Recebido em 23/Out/2016
Aprovado em 25/Out/2016