

Por Ana Carolina Navarrete (*)

A desregulamentação da saúde suplementar

Em dezembro do ano passado, o Ministério da Saúde convocou um grupo de trabalho para discutir as alterações regulatórias necessárias para que planos de saúde pudessem ser introduzidos no mercado com preços e cobertura menores, entre outras questões que envolvessem a desregulação do setor. A justificativa dada – controversa, diga-se de passagem – foi de que estes planos auxiliariam o SUS na absorção de suas demandas, fazendo com que os beneficiários “contribuíssem para o financiamento da saúde”.

Estes argumentos ensejaram diversas repercussões, inclusive nos órgãos colegiados de direção do SUS, pois o sistema de saúde nacional é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços, organizados numa combinação público-privada que usualmente beneficia o mercado de planos de saúde. Seja através da detenção do maior número de leitos, dos benefícios proporcionados por subsídios públicos altamente regressivos, ou ainda, por uma política de restituição ao SUS das despesas com usuários de planos muito aquém de qualquer expectativa. O fato é que a saúde pública fica sempre com menos e atende mais.

O mercado de planos de saúde não tem apenas os maiores recursos financeiros[1] e acesso ao maior número de leitos, como ainda é responsável por uma parcela diminuta de usuários, em comparação com o Sistema Público. Segundo dados da última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD realizada pelo IBGE em 2013, 27,9 %, da população brasileira dispunha de planos de saúde.

Quando nos deparamos com esses números, que demonstram que o setor apresenta as melhores condições de proporcionar atendimento célere de qualidade aos seus beneficiários justamente porque compete com o SUS por recursos humanos, financeiros e estruturais, salta aos olhos o fato contraditório deste mercado ser chamado a justamente auxiliar o sistema público na absorção de demandas de saúde.

Como ressaltado por diversos órgãos e colegiados ligados à saúde pública[2], a relação entre SUS e Saúde Suplementar não é de equilíbrio de complementação, mas de disputa. A proposta de planos com cobertura e preços reduzidos não atende ao SUS porque negligencia as questões mais nevrálgicas da relação entre o sistema público e o privado: o subfinanciamento de um em razão do subsídio de outro, e a absorção, pelo SUS, dos procedimentos de alto custo que a saúde suplementar não é obrigada ou se recusa a oferecer.

Quando a proposta veio a público, com mais de três meses de atraso do que previa a portaria de instauração do Grupo de Trabalho (GT), restou evidenciada a linha diretiva: reduzir drasticamente custos assistenciais por meio de burla (by-pass) ao rol obrigatório, maior intervenção da operadora sobre a escolha do consumidor e sobre as prescrições dos profissionais de saúde, e redução da competência da ANS para definição de reajustes e diretrizes de cuidado. Restaram também evidenciadas as beneficiadas pela medida: as grandes operadoras do setor.

Estas se encontram inseridas numa dinâmica de gestão que pode ser grosseiramente resumida em balanço de receitas e despesas – como qualquer outro negócio. As receitas são provenientes das contribuições mensais de cada contratante, e as despesas, dos procedimentos de saúde que as operadoras devem custear. Receitas crescentes podem ser obtidas pelo setor por meio da contratação de novos planos e dos reajustes por faixa etária e sinistralidade. A contratação de novos planos depende de inserção de novos “produtos” no mercado. Já os reajustes por sinistralidade podem ser facilmente utilizados para repassar o risco produtivo – que deveria ser assumido por acionistas – aos consumidores. Não por outra razão o setor cresceu em torno de 12%

no ano passado[3], quando outros caíram significativamente.

As despesas, de outro lado, podem ser contidas por meio de controle de custos em saúde, ou seja, do controle dos procedimentos de saúde, o que hoje é feito por meio de redução de cobertura – na medida do que é permitido pela ANS –, centralização do atendimento nas redes próprias, e, quando isso não for possível, indução do comportamento dos usuários mediante autorizações prévias e expansão de mecanismos de franquia e coparticipação.

Há um limite regulatório posto a essas práticas e este limite está hoje em discussão sob a máscara acessível dos planos de cobertura restrita. Tanto assim é que os termos da proposta entram em conflito não apenas com o quadro normativo infralegal estabelecido pela ANS, mas com a legislação sobre o tema, o que está fora de alcance da Agência alterar. Em realidade, o teor das propostas representam, em alguns casos (como o dos protocolos clínicos definidos e o da coparticipação, que hoje está sob consulta pública na ANS) uma clara diminuição de competência regulatória da agência.

O que está em discussão não é o desafogo do SUS ou a sustentabilidade do setor suplementar. O que está em discussão é até que ponto a política regulatória da saúde suplementar poderá resistir às influências de operadoras, administradoras, grandes grupos hospitalares, indústria farmacêutica multinacional, entre outros, nesse momento particular da conjuntura brasileira, que agora conta com o reforço da abertura do mercado brasileiro de saúde para o capital estrangeiro. A tomar como parâmetro a forma como algumas instituições e políticas sociais resistiram, o momento não permite grande otimismo.

(*) Este trabalho contou com a contribuição inestimável para coleta de dados sobre alterações regulatórias da pesquisadora e futura sanitarista Anna Letycia Mafra Ottoni.

[1] Apenas 41,7% dos recursos investidos em saúde são destinados à saúde pública. O restante é aplicado no sistema privado (NORONHA, et al. 2010).

[2] Citamos a título de exemplo o CNS, A Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos e o CFM entre outros.

[3] Dados da Fenseg indicam que o setor de seguros cresceu 12% no ano passado. 41% dos recursos foram provenientes dos planos de saúde: <http://www.cnseg.org.br/fenseg/servicos-apoio/noticias/crescimento-do-setor-de-seguros-em-2016-devera-chegar-a-9.html>

(*) **Ana Carolina Navarrete** é Advogada e Pesquisadora do Idec. É mestra em Direitos Humanos pela Universidade de São Paulo

Fonte: [JOTA](#), em 12.04.2017.