

Por Monique Oliveira e Mônica Tarantino

Planos anunciados como populares parecem sedutores, mas vão oferecer menos procedimentos. Os especialistas Ana Carolina Navarrete, Carlos Vital, Jairnilson Silva Paim, José Gomes Temporão e Mário Scheffer analisam

Planos de saúde com menos procedimentos e, inicialmente, mais baratos. Essa é a ideia gestada pelo governo para os dilemas da crise e para enfrentar as dificuldades de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). Pelo menos é assim que a proposta está sendo vendida. Por baixo do apelo ao bolso, no entanto, a mais nova solução é vista por especialistas como um projeto placebo – é um plano cheio de falhas, feito para ser pago e, na prática, não oferecer a assistência necessária.

Lançada no final de 2016 pelo atual ministro da Saúde, Ricardo Barros, engenheiro que assumiu a pasta na era Temer, a proposta é que as operadoras de saúde em atividade no País ofereçam planos mais baratos. Seria também uma saída para a perda de beneficiários, segundo Barros. A história contada pelos dados oficiais, entretanto, não é bem essa.

O número de usuários de planos de saúde aumentou de 31 milhões em dezembro de 2000 para 50,4 milhões em dezembro de 2014. Em queda desde 2015, hoje o setor atende 47,9 milhões de pessoas, um contingente que movimenta um orçamento três vezes maior do que o do SUS e seus 150 milhões de usuários.

Desde o final de março, a medida está sob análise da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), braço do estado responsável pela regulação da saúde privada. Antes, foi lapidada por um grupo de operadoras de saúde a convite do Ministério. Elas definiram três opções de planos: um com direito a exames e consultas, mas sem internação e terapias de alta complexidade; outro, chamado de ambulatorial e hospitalar, mas com passagem obrigatória por uma triagem da operadora; e, por fim, a opção em regime misto de pagamento. “Esses planos só vão onerar a população mais carente”, diz Carlos Vital, presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM).

A agência deve emitir seu parecer até junho. Só depois disso o Ministério da Saúde deve tomar a sua decisão final. Se a proposta vingar, para a população será o começo de mais uma desilusão na busca por consultas, exames e, principalmente, procedimentos mais complexos.

“Esses planos que se pretendem mais acessíveis foram projetados de forma a desregulamentar completamente todo o mercado” – Mário Scheffer, professor da USP e vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva

Uma saída para os problemas do SUS?

Os defensores do modelo sustentam que ele irá desafogar o SUS ao promover a migração de uma parcela considerável dos usuários do sistema público para a saúde suplementar. “Não é isso que vai acontecer. Esses planos são uma farsa”, avalia José Gomes Temporão, ex-ministro da Saúde (2007-2011) e atualmente ligado ao Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde. Temporão falou à Brasileiros por telefone, de Genebra, onde acompanhava uma reunião da Organização Mundial da Saúde.

Por que não serão a solução propagandeada? Primeiro, por causa da cobertura oferecida. O projeto se concentra na atenção básica (consultas e exames simples), área em que o SUS tem uma boa cobertura. “Cerca de 60% do atendimento do SUS está na atenção básica, principalmente no Programa Saúde da Família. Então, dizer que esses planos vão desafogar o SUS é retórica. É na atenção especializada que está o gargalo”, diz Jairnilson Paim, professor de Políticas de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

O mesmo gargalo persiste no projeto apadrinhado pelo governo. Se o indivíduo precisar de um neurologista ou exame mais sofisticado, como a tomografia, terá que pagar ou ir ao SUS. “E como a rede pública não aceita receitas de médicos particulares, precisará marcar consulta e voltar à fila”, observa o advogado Rodrigo Araújo, especialista em direito na área da saúde, de São Paulo. O que se pode esperar também é uma triagem mais rigorosa de exames e consultas com especialistas, prevê Araújo.

As “pegadinhas” do projeto

Além das negativas de cobertura e suas consequências, uma das propostas oferece a coparticipação. Nesse sistema, paga-se um valor preestabelecido para custear parte do exame ou procedimento. O problema mais imediato com essa prática, segundo o Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), é que ela retira o motivo pelo qual um plano de saúde existe. “Contratamos um plano para diluir o gasto no momento em que realmente precisarmos dele”, diz a pesquisadora Ana Carolina Navarrete, do Idec. A longo prazo, isso pode ter efeitos ainda piores. Como querem economizar, as pessoas tendem a usar o sistema de saúde apenas na hora da doença. Isso sabota as políticas de prevenção e de diagnóstico precoce.

Os rumos da proposta preocupam. “Esses planos que se pretendem mais acessíveis foram projetados de forma a desregulamentar completamente todo o mercado”, aponta Mário Scheffer, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Isso se dá por vários mecanismos. Para garantir o preço, por exemplo, o projeto diminui a rede assistencial e aumenta o tempo de espera pelo atendimento pretendido. Fora o fato de que o indivíduo terá que esperar mais, o projeto coloca em risco os prazos de atendimento estabelecidos por lei e que servem como critério para a própria ANS avaliar a qualidade da assistência suplementar. Se os planos populares podem, todos podem.

“Eu disse ao ministro Barros que essa ideia é uma aberração. Com ela, o Brasil irá na contramão de todos os países e de sua própria experiência” – José Gomes Temporão, médico e ex-ministro da Saúde (2007/11)

Proposta tem um único beneficiado

O projeto fere também a Lei de Planos de Saúde (9656/98), que estabeleceu parâmetros mínimos de cobertura. É em respeito a essa regra que, a cada dois anos, a ANS publica uma lista com o mínimo que cada plano de saúde deve oferecer, a exemplo da cobertura de próteses. Como são muito mais baratos, os planos acessíveis não teriam condições de oferecer esses procedimentos – e, com isso, operariam abaixo do mínimo considerado por lei.

Mais um efeito colateral grave será a explosão do número de ações judiciais, que já bate nas alturas. Um estudo recente do professor Scheffer mostra que as ações judiciais contra planos de saúde cresceram 631% entre 2011 e 2016 só no Estado de São Paulo. Além de sobrecarregar o Judiciário, o recurso gera mais desigualdade – quem tiver informação e puder pagar advogado conseguirá atendimento.

Na visão do ex-ministro Temporão, o único beneficiado pela proposta de planos populares é o mercado. “Eu disse ao ministro Barros que essa ideia é uma aberração. Com ela, o Brasil irá na contramão de todos os países e do que mostra a sua própria experiência.” De fato, nem Donald Trump, presidente dos Estados Unidos, está conseguindo derrubar o pacote que ampliou a assistência à saúde feito por seu antecessor. No final de março, a votação para revogar o programa foi adiada porque o Partido Republicano não obteve os votos necessários para a derrocada do Obamacare.

Para rebater as críticas, a *Brasileiros* procurou o Ministério da Saúde e a ANS. O Ministério afirmou que os planos acessíveis estão sob os cuidados da ANS e não quis comentar. Já a agência informou que não vai se pronunciar antes de terminar sua análise. Em nota, defendeu: “Não está em pauta a supressão de direitos e garantias dos atuais 48 milhões de beneficiários de planos de saúde existentes no Brasil.”

As entidades apostam na mobilização. No final de março, por exemplo, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp) reuniu organizações do setor, a Ordem dos Advogados do Brasil e promotores para debater o projeto. “Esse tipo de plano com cobertura mínima é cruel, revoltante e uma afronta ao estado de direito”, disse o promotor de Justiça Arthur Pinto Filho, do Ministério Público de São Paulo. Nos bastidores, comenta-se que o próprio Ministério da Saúde está menos seguro sobre a proposta. Em seu portal, a pasta afirma que “não propôs o projeto” e que “não opina sobre nenhuma das propostas”.

Falta transparência

Mais um ponto de desgaste foi a maneira como o projeto foi feito. Entidades médicas, profissionais de saúde, associações, conselhos... ninguém participou do debate. “Não fomos chamados para elaborar o projeto. Recebemos um convite para um grupo de trabalho que iria apenas avaliar como esses planos funcionariam na prática. Era uma decisão que já estava tomada”, diz Carlos Vital, do CFM. O setor hospitalar preferiu observar. “É uma discussão de maior interesse para as operadoras e o governo”, disse Francisco Balestrin, presidente da Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp).

Faltou também transparência. Em nota, Idec e Abrasco exigiram que a proposta fosse levada à consulta pública para que a sociedade pudesse opinar. Não aconteceu. Também não foi cumprida a promessa de divulgar os dados que embasam o projeto.

Um debate que não pode ser mais adiado

Agora, se esses planos não são a resposta para os dilemas da saúde brasileira, quais seriam? Não há saídas simples e o debate não pode mais ser adiado. Haveria financiamento para, de fato, oferecer o acesso universal previsto pela Constituição? Na prática, isso não ocorreu desde a criação do SUS e o governo quer cortar ainda mais.

Outra questão é se o setor de saúde suplementar se submeteria a uma regulação firme para garantir o atendimento conforme os interesses da população. Como sugerem as “pegadinhas” embutidas nos planos populares, o País parece despreparado para repactuar as relações entre a saúde suplementar e a rede pública.

Fonte: [Saúde! Brasileiros](#), em 13.04.2017.