

**Saúde: Em defesa de novas formas de
financiamento do SUS e de aprimoramento no
marco legal da saúde suplementar para
fortalecer a saúde de autogestão**

MAIO/2022



EXPEDIENTE

Este documento é resultado do Grupo de Trabalho criado, no primeiro semestre de 2022, pela Associação Nacional dos Participantes de Fundos de Pensão e dos Beneficiários de Saúde de Autogestão (Anapar) para definir proposta de aperfeiçoamento do arcabouço regulatório e de operação dos fundos de pensão brasileiros e dos planos de saúde de autogestão.

DIRETORIA EXECUTIVA DA ANAPAR (2019-2022)

Antônio Bráulio de Carvalho - Presidente


Marcel Barros - Vice-presidente

Eduardo Araújo de Souza - Diretor de Administração e Finanças

José Joaquim Marchisio - Diretor de Planos, Convênios e Eventos

Joelbia Maia Bezerra Chaves - Diretora de Previdência Complementar

Francisca de Assis Araújo Silva - Diretora de Saúde Suplementar




A ANAPAR defende a saúde pública como um direito de todos e obrigação do Estado, apoiando toda iniciativa que vise dotar o sistema público de saúde dos recursos necessários para acabar com o subfinanciamento histórico do SUS, cumprindo o previsto na Constituição Federal de 1988. A importância do Sistema Único de Saúde ficou demonstrada na pandemia de COVID-19, ficando claro também que a falta de recursos e a gestão desastrosa do governo federal impediu que o sistema respondesse de forma mais eficiente e adequada à crise de saúde criada pela urgência sanitária. Um amplo sistema de testagem da população com o isolamento preventivo dos infectados, a aquisição de vacinas e a vacinação da população de forma apropriada teriam evitado o alto número de mortes. Defendemos que a saúde não pode ser um negócio, por isso assumimos a responsabilidade de apresentar propostas para financiamento do Sistema Único de Saúde e para a saúde suplementar de autogestão, sem fins lucrativos.



1) Proposta de financiamento do SUS


Desde 2020, a partir da crise sanitária provocada pela Covid-19, faz-se necessário um olhar mais atento à política econômica e à política de saúde, sobretudo num país como o Brasil, que, apesar a aplicação dos créditos extraordinários para o enfrentamento da pandemia – que não foram contabilizados no teto de gastos – o governo federal aprofundou a política de austeridade fiscal, aprofundando o cenário de falta de recursos para o SUS, cujo problema é frequentemente reduzido à falsa dicotomia financiamento versus gestão.

Com vistas à superação dos problemas enfrentados pela saúde e assistência médica da população brasileira, é preciso debater um novo modelo de financiamento do SUS além de aumentar a participação do gasto federal nos próximos dez anos, priorizando a contratação de profissionais e gestores de saúde; a capacitação e expansão das unidades públicas de saúde da administração direta; e o fortalecimento das redes regionalizadas com ênfase no papel da atenção primária em saúde como principal porta de entrada e coordenadora do cuidado.



Para garantir maior crescimento e para dar mais estabilidade ao gasto público federal em saúde no longo prazo, sugere-se uma nova proposta de financiamento do SUS, a partir da seguinte regra: com base na média da despesa empenhada dos últimos orçamentos, repor a inflação do período anterior (IPCA), acrescida da taxa de crescimento da população idosa (proxy da transição demográfica) e de um fator de correção de iniquidade no acesso à saúde – garantindo que os valores federais aplicados em saúde cresceriam, no mínimo, a uma taxa relacionada à evolução real dos gastos tributários associados a despesas médicas no Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF), verificada no passado, inclusive, de modo a considerar as demais pressões sobre o sistema.


Além disso, é necessário revogar a Emenda Constitucional n° 95, de um lado, aprovando medidas que tenham previsão constitucional para definir uma regra de piso menos sensível ao ciclo econômico; e de outro, determinando o crescimento real per capita do gasto público federal em saúde, conferindo uma evolução sustentável no longo prazo. Para isso, é preciso adotar uma regra acíclica para evitar queda do gasto público de saúde, quando há desaceleração da economia e a demanda por serviços de saúde tende a aumentar. Finalmente, parcela dos recursos adicionais para a saúde resultaria de uma reforma para ampliar a progressividade do sistema tributário, taxando renda, patrimônio e riqueza financeira, bem como revendo gastos tributários regressivos da saúde.



Além das mudanças estruturais que vigorariam a partir de 2024, a atual crise econômica, sanitária e social exige, para 2023, a previsão constitucional da ampliação emergencial de despesas com elevados efeitos multiplicadores e redistributivos, não computadas nas regras fiscais vigentes. Convém lembrar, o orçamento de 2023 será elaborado em 2022, sob o atual arcabouço fiscal, razão pela qual é necessária alteração à Constituição para viabilizar a flexibilização fiscal, autorizando gastos fora do teto, da regra de ouro e da meta de resultado primário. Os valores emergenciais, no caso da saúde, poderiam ser equivalentes ao montante previsto, nos termos da regra de piso proposta para 2024, caso ela já se aplicasse para o próximo exercício.

De modo geral, o foco em gastos sociais e investimentos públicos poderá aliviar os efeitos sociais da crise, bem como apoiar a retomada da economia, criando um círculo virtuoso, em que o próprio crescimento do PIB contribuirá para a sustentabilidade fiscal no médio e longo prazos.

Ao contrário do senso comum, não faltam recursos. Com receitas tributárias potencializadas pelo crescimento da economia e por uma reforma tributária progressiva, como, na baixa do ciclo econômico, é possível ao Estado brasileiro emitir dívida soberana, denominada em moeda local, para garantir a continuidade de gastos estratégicos.




O Brasil deve se alinhar, portanto, à experiência internacional no campo das regras fiscais, rumando para um modelo mais flexível, que combine o financiamento de gastos estratégicos ao crescimento com inclusão social e sustentabilidade fiscal, invertendo a lógica orçamentária atual, em que uma âncora fiscal estabelece previamente as restrições fiscais artificiais, às quais gastos como os de seguridade social devem se ajustar. Em vez disso, um regime moderno e flexível conferiria capacidade de ação ao Estado para induzir o crescimento inclusivo e financiar serviços públicos como os de saúde.

2) O estrangulamento do sistema das autogestões no Brasil: uma ameaça para o mercado de saúde sem fins lucrativos

A ANAPAR, ao se posicionar pela defesa da saúde pública como um direito de todos e obrigação do Estado, rejeita a ideia equivocada de que a saúde suplementar traz “alívio” ao SUS ao dar acesso aos seus segurados à rede privada. Quando a saúde suplementar é tratada como um bem a ser comercializado com fins lucrativos, o que se tem, de um lado, é isenção de imposto de renda para aqueles que podem pagar por planos privados e, de outro lado, esses mesmos planos expulsando idosos com preços abusivos na fase de vida que demanda maior utilização, os empurrando para o SUS.


Há de se diferenciar, no âmbito da saúde suplementar, os planos de saúde comercializados no mercado, que têm o lucro como objetivo, dos planos de saúde de autogestão, cuja relação entre as entidades que os gerem e seus usuários não se confunde com uma relação de consumo. As autogestões em saúde, nas três modalidades previstas em lei i) por departamento de recursos humanos, ii) vinculada à entidade patrocinadora, instituidora ou mantenedora ou, ainda, iii) constituída sob a forma de associação ou fundação, têm princípios que as aproximam muito da filosofia do sistema único de saúde: solidariedade, mutualismo, e pacto intergeracional.



Nasceram financiadas de forma coletiva com contribuições dos trabalhadores e patrocinadoras, na maioria empresas estatais ou de economia mista, que viam nestes planos importante instrumento de retenção de profissionais. Defendemos, portanto, a saúde de autogestão como um direito dos trabalhadores que integram a modalidade, sejam ativos ou aposentados.

As entidades de autogestão no Brasil surgiram na década de 1940, quando a saúde ainda não era universalizada, como demanda dos trabalhadores e suas entidades de representação tendo como expoente a fundação da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi), em 1944. Desde então, diversas categorias conseguiram, por meio de negociações coletivas a criação de planos de saúde que tanto podem ser administrados pelas áreas de recursos humanos das empresas patrocinadoras, quanto por entidades de previdência complementar ou mesmo por entidades criadas com esse fim específico.


Como não têm fins lucrativos, as operadoras de autogestão oferecem planos de saúde suplementar de melhor qualidade e abrangência de cobertura aos trabalhadores ativos e aposentados com um custo muito abaixo das demais operadoras de mercado.



Com a alteração do mercado de trabalho e com a advento da política neoliberal, acelerada a partir de 2016, mais e mais a saúde passou a ser tratada como mercadoria, tendo o Estado privilegiado o setor privado da saúde complementar e agido de forma a retirar recursos da saúde pública como ficou demonstrado com a aprovação da Emenda Constitucional n° 95, que congela por 20 anos os recursos destinados ao SUS.

Também faz parte desta mesma política de estado fragilizar as autogestões, que vêm sofrendo contínuo e profundo ataque a seus pilares estruturantes: na modelagem dos benefícios ofertados, na forma de divisão do custeio entre empresas e empregados e na confiança de trabalhadores e aposentados com a proteção prometida pelo aparato do Estado, por meio da agência reguladora do setor.

A resolução da Comissão Interministerial de Governança Corporativa e de Administração de Participações Societárias da União – CGPAR 23 de 2018, derrotada pela mobilização de trabalhadores, estava alinhada com o propósito de precarizar os planos de saúde de autogestão e privilegiar as operadoras de mercado que contam com fortíssimo lobby dentro do executivo e do legislativo brasileiro.




A resolução visava limitar a participação financeira das empresas estatais federais nos programas de saúde de autogestão de seus trabalhadores, sinalizando para todo o setor de autogestão a possibilidade de liquidação desta modalidade de cobertura de saúde. Registre-se que embora derrotada, a citada resolução atingiu muito de seu objetivo, causando a retirada de direitos dos trabalhadores de muitos planos de saúde de autogestão.

Seguindo a tendência de retirar direitos, as patrocinadoras estatais, de economia mista ou privadas vêm atacando o direito dos trabalhadores nos planos de autogestão diminuindo o rol de procedimentos cobertos e, principalmente, procurando alterar a forma de custeio, rompendo o pacto intergeracional entre trabalhadores ativos e aposentados de forma a erradicar o assim chamado “custo pós-emprego”. O ataque aos aposentados vem se intensificando desde 2012, com a publicação do pronunciamento número 33 do Comitê de Pronunciamentos Contábeis (CPC 33), atingindo os trabalhadores das empresas de capital aberto e dos bancos ainda públicos (incluídos pela Resolução 4.424/2015 do Banco Central). Nos recentes processos de privatização de diferentes empresas públicas, o ataque aos planos de autogestão é uma constante e resultam, muitas vezes, em mudanças de regras no custeio dos planos, tornando os valores de mensalidade e coparticipação proibitivos para os aposentados.

2.1) Legislação


Entendemos ser necessária uma revisão geral da Lei nº 9.656/1998 no sentido de tratar de forma separada o sistema de saúde suplementar operado por entidades com fins lucrativos e os planos de autogestão. Hoje, a legislação vê o sistema de forma unificada, citando as empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde na modalidade de autogestão como um apêndice do sistema maior de saúde suplementar, gerando complicadores para a sustentabilidade das entidades, tais como a exigência das reservas técnicas de até três vezes o valor mensal das despesas dos planos, o que gera o aumento de custo dos planos de autogestão. Tal exigência faz todo o sentido em planos de mercado, mas não em planos de autogestão. Também não está claramente definido o conceito de autogestão, que cria insegurança por deixar a interpretação no campo vago ou à mercê das subjetividades.

Outra questão importantíssima diz respeito à gestão dos planos de autogestão. Como já foi dito, em sua maioria foram criados a partir da demanda dos trabalhadores por meio de acordos coletivos de trabalho, sendo financiados por contribuições das empresas patrocinadoras e pelos trabalhadores, que vêm assumindo ano a ano uma parcela maior deste custeio, por imposição das empresas patrocinadoras.




Embora o Superior Tribunal de Justiça (STJ) tenha consolidado na Súmula n. 608 que “aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”. Este reconhecimento está também expresso no art. 35 da Lei 9.656, que, por isso mesmo, estabelece que os beneficiários, usuários, associados e participantes que também contribuem para o custeio do plano de saúde, devem ter o direito de participar na composição de seus órgãos colegiados de administração superior das operadoras de autogestão.

Ora, se a Lei de Defesa do Consumidor não alcança a defesa dos participantes de autogestão de saúde, resta aos beneficiários de planos de autogestão, ou a justiça comum, ou exigir a participação paritária na gestão dos planos em relação aos patrocinadores. O art. 35 da Lei prevê essa participação, mas não avança em determinar a paridade e os procedimentos de escolha dos representantes dos trabalhadores ativos e aposentados na gestão dos planos de autogestão.



Propomos mudanças no arcabouço legal da saúde suplementar para que sejam tratados de forma diferenciada e específica os planos e empresas de autogestão, que definam os públicos que possam ser alcançados pelas entidades de saúde suplementar de autogestão, que garantam a gestão compartilhada entre patrocinadores e trabalhadores, que assegurem a natureza coletiva, mutualista dos planos, que estabelecem regras para as coberturas e tratamento das redes credenciadas e que imponham garantias aos direitos adquiridos e contratados, impedindo flexibilizar seus planos, de forma a retirar coberturas e direitos já contratados.

Para aqueles planos de saúde de autogestão administrados por entidades fechadas de previdência complementar é necessário que o artigo 76 da Lei Complementar 109, de 29 de maio de 2001, seja alterado. O artigo permite que apenas aquelas EFPC que na data da aprovação oferecessem planos de saúde a seus participantes pudessem continuar a fazê-lo. Trata-se de uma limitação injustificada que traz insegurança jurídica e grave limitação à expansão dos planos de autogestão que necessitam de novos participantes. Da forma como está, o artigo impõe uma “venda casada” já que para ter acesso aos planos de saúde os beneficiários devem primeiramente ser participantes de um dos planos de benefícios administrados pela EFPC. Além disso, o uso do verbo no passado não deixa claro se novas adesões podem ser contempladas com a oferta de planos.



Precisamos, ainda, acompanhar a tramitação do Projeto de Lei nº 7.419/2006 que está em análise pela assessoria parlamentar contratada pela ANAPAR. Atualmente, este projeto de lei tem outros 268 projetos apensados. Durante o ano de 2021 foram realizadas cinco das oito audiências públicas previstas pela comissão especial constituída no mesmo ano. No plano de trabalho da comissão estão elencadas, em um dos itens, entidades de autogestão. Há previsão de eleição de novo presidente da comissão especial para o fim de maio. Considerando que os planos de autogestão ainda podem ser pauta de futuras reuniões, com possibilidade de ataques aos seus princípios, faz-se necessária a atuação institucional da ANAPAR com o relator do PL, deputado federal Hiran Gonçalves (PP/RR), bem como avaliar e elaborar a redação de emendas quando a matéria for para plenário, a fim de tentar barrar os danos que podem ser propostos.

2.2) Regulamentação e fiscalização

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) desempenha os dois papéis: regulamenta e fiscaliza o sistema de saúde suplementar tanto das operadoras de mercado, quando as operadoras de autogestão. Entendemos que há neste desenho um conflito de interesses intrínseco: aquele que regulamenta não pode e não deve também exercer o papel de fiscalizar. Tomamos como modelo o sistema de previdência complementar, onde existe uma primeira separação entre os responsáveis pela regulação e fiscalização de entidades com fins lucrativos e sem fins lucrativos, e uma segunda segregação entre as atividades de regulação e fiscalização.

CONCLUSÃO

A defesa dos sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, mantidos por entidades ou empresas em conjunto com os trabalhadores na condição de usuários, beneficiários, associados e participantes de planos de saúde, deve ser pautada a partir da ótica dos trabalhadores. Para tanto, os princípios da autogestão – solidariedade, mutualismo e pacto intergeracional, devem ser entendidos como norteadores de direitos. Articular, em âmbito legislativo, as necessárias alterações na Lei 9.956/1998, bem como monitorar e atuar junto ao PL 7.419/2006 são ações fundamentais. Também construir propostas de efetiva e paritária representatividade dos trabalhadores nos planos de autogestão, com transparência e pleno acesso aos dados financeiros dos planos. A Anapar deve se colocar como parceira das entidades sindicais e associativas para o acompanhamento das negociações relativas aos planos de saúde de autogestão nas diferentes categorias, visto que muitos planos têm suas regras estabelecidas em negociação coletiva. Construir de forma unificada a defesa da permanência dos aposentados em condições equivalentes aos usuários da ativa tanto em relação à cobertura oferecida, quanto em relação ao custeio. Por fim, a Anapar deve denunciar todos os ataques à autogestão que se articulam com projetos privatistas.



ANAPAR

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PARTICIPANTES DE
PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR E AUTOGESTÃO EM SAÚDE

WWW.ANAPAR.COM.BR