

Planos de saúde e a proteção dos trabalhadores

José Pastore
Universidade de São Paulo

O Brasil passa por graves problemas na área da saúde. Os serviços públicos estão aquém das necessidades. Diariamente, milhares de pessoas deixam de ser atendidas por falta de vagas, profissionais e equipamentos nos hospitais. Há consultas sendo marcadas para meados de 2009. Virou jargão dizer-se que a saúde está na UTI.

Os recursos são escassos e as recompensas são indignas. Há médicos que ganham menos do que garis ou empregadas domésticas, sem desmerecer o trabalho destes profissionais. Em Sergipe os médicos da rede pública recebem R\$ 750 mensais. O mesmo ocorre com seus auxiliares.

Não é à toa que muitos médicos são obrigados a trabalhar em três empregos durante 14 horas por dia, comprometendo a qualidade dos seus serviços.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem a virtude de ser universal e de considerar a saúde como um direito fundamental dos seres humanos e um investimento estratégico para o desenvolvimento do país. Mas suas forças não dão conta de atender os problemas de uma população que cresce e envelhece rapidamente. Em boa hora, o SUS estabeleceu parcerias com a iniciativa privada. Dos quase 500 mil leitos hospitalares do Brasil, o setor público possui apenas 160 mil (32%). O restante é da rede hospitalar privada, conveniada com o SUS que, aliás, é extremamente deficiente na remuneração dos serviços prestados.

De qualquer forma, o SUS responde por cerca de 70% das internações e 75% das consultas. Trata-se de um esforço fenomenal em vista da precariedade de recursos. O orçamento total do Ministério da Saúde em 2007, principal mantenedor do SUS, foi de R\$ 48 bilhões, mas apenas R\$ 38 bilhões foram destinados especificamente aos serviços de saúde – o restante destinou-se ao pagamento de dívidas e encargos. A não aprovação da prorrogação da

CPMF exigirá um esforço do governo para remanejar o orçamento sem cortar nada na área da saúde.

No meio de um quadro dramático, empregados e empregadores, por meio de negociações coletivas ou por iniciativa das empresas vêm fazendo crescer a colaboração dos planos e seguros de saúde na proteção dos trabalhadores e de seus familiares.

A participação da saúde suplementar não é nada desprezível. Existem no Brasil 1.691 operadoras de planos de saúde que atendem a mais de 45 milhões de beneficiários com serviços médicos e odontológicos. Grosso modo, 25% da população brasileira são cobertos por esses planos. Cerca de 72% dos planos são de natureza coletiva e, dentre eles, a grande maioria é patrocinada pelas empresas.

Nas mesas de negociação, observa-se que o plano de saúde é o benefício mais valorizado pelos trabalhadores nos dias atuais. Na média, as cláusulas referentes à saúde acrescentam cerca de 7% nas folhas salariais. Nos casos em que a empresa faz o pagamento integral, esse valor sobe para 10%, em média. Mas vale a pena. Os empregadores também valorizam esse benefício por desejarem contar com colaboradores saudáveis, tranquilos e produtivos.

É uma parceria está dando certo. Entre as 500 maiores empresas do Brasil, todas têm planos de saúde. Nas empresas de menor porte, a proporção é mais reduzida, mas está em plena ascensão. Os próprios empregados pressionam as empresas ao se disporem a contribuir com uma parte do custo do plano de saúde – o que ocorre em 80% dos casos, em proporções variadas.

Pela Lei 9656/98, os empregados demitidos e aposentados também são protegidos. Eles recebem, por algum tempo, os benefícios dos planos de saúde da empresa em que trabalharam até a aposentadoria, desde que, paguem os prêmios dos planos de forma integral. Isso é por prazo determinado e dentro de certas condições. Uma delas é o cumprimento de um prazo de contribuição ao plano.

Tramitam no Congresso Nacional alguns projetos de lei que, mantêm o princípio de pagamento integral por parte do beneficiário, mas que revogam as referidas condições e ampliam o usufruto dos benefícios por prazo indeterminado, tanto para os empregados dispensados como para os que se aposentam. Um dos projetos permite ainda que o

trabalhador opte por ficar com o plano da empresa anterior, depois de contratado por uma nova empresa que não possua plano ou que tenha um plano inferior ao seu.

Tais medidas têm um indiscutível caráter humanitário. Afinal, é na hora do desemprego e da velhice que as pessoas mais precisam de proteção à saúde. Mas esses expedientes mexem profundamente com os cálculos de riscos usados pelas operadoras desses planos. Por isso, sem questionar o inegável alcance social desses projetos, é preciso saber o que acontecerá com o preço dos planos de saúde atuais no momento em que a mesma apólice passar a cobrir aposentados, desempregados e empregados que trabalham em outras empresas?

Os especialistas ensinam que esse setor é baseado no conceito do mutualismo, ou seja, “na formação de um fundo composto proporcionalmente pelos integrantes de um grupo. O seguro é feito para suportar os prejuízos que alguns membros do grupo sofrerão em consequência de eventos previamente definidos. Estes prejuízos podem acontecer dentro dos patamares calculados para a constituição do mútuo, como podem ocorrer de forma mais ou menos gravosa, em função de mudanças favoráveis ou não no cenário dos riscos... o que pode mudar o preço do seguro ao longo do tempo, subindo ou descendo...” (Antonio Penteado Mendonça, “Seguro, sinistro e prêmio”, *Estado*, 10/12/07).

No caso concreto, ao elevar o risco de sinistralidade, como ocorre com aposentados, desempregados e empregados em empresas que têm sistemas de proteção desconhecidos, é bem provável que as operadoras necessitem aumentar o preço dos planos atuais. Elas levarão em conta que, ao longo do tempo, terão de cobrir, por prazo indeterminado, um universo de pessoas cujo índice de incidência de doenças e acidentes é muito mais alto do que a média da empresa à qual o plano se refere.

Isso porque tanto os desempregados como os que passam a trabalhar em condições mais precárias saem fora do ambiente protegido que era garantido pelas empresas de onde saíram. As leis previdenciárias no campo da saúde e segurança são rígidas. As normas regulamentadoras exigem uma série de providências que vão desde o exame admissional até o demissional, passando por campanhas contínuas de prevenção de diabetes, hipertensão, aids, etc – além de todos os cuidados que se destinam a evitar os acidentes e as doenças profissionais.

Como se trata de um universo muito mais heterogêneo e mais exposto aos riscos e de uma população idosa crescente, parece inevitável um aumento no preço dos planos de saúde, o que levará muitas empresas a reavaliar a sua decisão de manter os planos, podendo desistir. Isso pesará muito na mesa de negociação por ocasião das datas base. Os sindicatos laborais reagirão, especialmente por tratar-se de benefício altamente valorizado pelos trabalhadores. Instalar-se-á, assim, um clima de desentendimento entre as partes – o que não é bom para as relações de trabalho, sem falar na desproteção dos trabalhadores e de seus familiares. Será um grande desestímulo à necessária ampliação do número de planos.

Isso redundará na quebra da sinergia ora existente entre o público e o privado. Os empregados e seus familiares terão de procurar os já sobrecarregados serviços do Sistema Único de Saúde que, no limite, terá de atender a um adicional de cerca de 26 milhões de pessoas que hoje resolvem seus problemas de saúde na rede privada.

Como se vê, uma medida que pretende proteger, pode desproteger ao gerar um cenário que sistematicamente apavora as empresas, ou seja, a possibilidade de, ao longo do tempo, terem os preços de seus planos de saúde aumentados pelo fato do universo coberto possuir mais aposentados do que empregados ativos, como ocorreu com várias empresas que entraram em crise nos Estados Unidos e Europa.

Demografia é destino, e não pode ser desafiada impunemente. A General Motors, por exemplo, possui em seu plano de saúde 2,5 aposentados para cada empregado da ativa. Depois de uma dolorosa negociação com o sindicato de trabalhadores (United Autoworkers), o plano de saúde teve de ser inteiramente reformulado em 2006 para preservar a sobrevivência da empresa e dos empregos.

Por isso, projetos de lei aparentemente benéficos podem provocar o inverso dos resultados pretendidos e implodir uma parceria saudável que foi estabelecida entre os setores público e privado como é o caso da saúde no Brasil. Se a aliança quebrar, os trabalhadores ficarão duplamente desprotegidos por perderem o acesso à saúde privada e por receberem serviços ainda mais precários de um SUS sobrecarregado.

A portabilidade pretendida é mais do que justa e necessária, mas ela não pode inviabilizar o sistema existente. Convém solicitar dos técnicos em atuária algumas simulações com as novas situações pretendidas por aqueles projetos. Convém ainda solicitar às autoridades do

mundo dos seguros de saúde que apresentem medidas legais para estimular a criação de mais planos, em especial, individuais que permitam atender os trabalhadores quando saem de uma empresa durante o tempo de espera (ou de aposentadoria) de um novo emprego. Quem sabe uma reformulação dos planos individuais possa atender a necessidade de portabilidade que é mais do que justa e necessária.