



OS PLANOS DE SAÚDE: SEUS OBJETIVOS E FUNÇÕES

Bruno Oliveira de Bittencourt
Carolina Kostopoulos Costa Beber
Rodrigo Khatib
Valentina Brocker Junqueira

“Os planos de saúde existem, originalmente, para complementar o sistema público de assistência à saúde, o qual não supre as necessidades da população”.

RESUMO: Os planos de saúde têm adquirido um espaço muito importante na sociedade atual, oferecendo assistência suplementar ao atendimento público de saúde. Há, cada vez mais, uma forte relação dos planos com a privatização da saúde, uma vez que aquilo que o Estado dispõe não atende às necessidades da população. Todavia, devido a sua abrangência, cada vez mais dúvidas têm surgido sobre o referente tema. Desta forma, a partir de pesquisas bibliográficas, escrevemos o artigo a fim de ajudar na captação dos objetivos dos planos de saúde e suas funções, podendo, com isto, observar o papel do plano em um processo de privatização contínuo. Ademais, é essencial o entendimento sugestivo às operadoras e seus deveres para com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), assim como a atuação dos corretores de seguros na contratação.

PALAVRAS-CHAVE: planos de saúde; operadoras; privatização; Estado.

ABSTRACT: Health plans have acquired a huge space in the society, offering supplementary assistance to the public health treatment. There is an intense relationship, which is increasing, of plans with health privatization, since what the government offers does not meet the population needs. Nevertheless, due to its scope, there are many doubts about this subject matter. Thus, with bibliographic searches, we wrote an article, which has the intention of helping to comprehend the objectives of health plans and its functions, observing, with this, the role of plans in the increasing privatization process. Besides, it is necessary the knowledge relative to the plan operators and their duties to the National Supplementary Assistance Agency (ANS), even as the performance of the insurance brokers in the hiring process.

KEYWORDS: health plans; operators; privatization; government.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, estamos cada vez mais coagidos a sofrer mudanças em nosso cotidiano devido ao processo de privatização que vem ocorrendo gradativamente, proveniente de uma lógica de Estado Neoliberal vigente no país. Em todas as áreas são perceptíveis grandes alterações devido a este processo e, do mesmo modo, isto tem ocorrido na saúde. Assim, fruto da deficiência do Estado frente ao dever de oferecer uma assistência mínima de saúde para o cidadão, o plano de saúde tem adquirido um espaço cada vez maior no mercado. Seu objetivo é o de suprir aquilo que o governo disponibiliza e que, por sua vez, não atende às necessidades do cidadão.



Mesmo indiretamente, sabemos que, como cidadãos, somos peças-chave desse processo de privatização. Grande parte daquilo que adquirimos para bem-estar próprio faz parte disto. Todavia, nem sempre temos entendimento sobre os assuntos que envolvem esse processo, tais como os planos de saúde. Muitas vezes, faltam respostas palpáveis sobre as funções de um plano, o contexto de seu crescimento, a relação dos planos com a legislação e sua interferência essencial no processo de privatização da saúde. Portanto, surge a ideia de tentar responder as dúvidas que normalmente não nos são replicadas, através do artigo. Objetivamos, com isto, disponibilizar um maior conhecimento de um tema que, usualmente, não é compreendido em sua totalidade.

2 FUNÇÕES DE UM PLANO DE SAÚDE

2.1 CONCEITO DOS PLANOS DE SAÚDE, SEUS OBJETIVOS E FUNÇÕES

No Brasil, possuímos um Estado Neoliberal, no qual o governo tende sempre a privatização, mas tem como um de seus deveres fornecer os serviços básicos de atendimento à saúde para o cidadão. Esta situação tornou-se realidade a partir da Constituição Federal de 1988 que, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornou obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. Com este objetivo, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), destinado a todos os cidadãos e financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população, compondo os recursos do governo federal, estadual e municipal. Fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros, bancos de sangue, além de fundações e institutos de pesquisa.

Contudo, este sistema de saúde pública é muito precário e não atende a demanda existente, obrigando a população a buscar alternativas para atender às suas necessidades. De tal modo, os planos de saúde formam um mercado que tem por objetivo suprir aquilo que o governo acaba por não disponibilizar e, devido a constante deficiência desse modo governamental de acessibilidade à saúde, cada vez tem ocorrido uma maior participação dos planos neste setor. Assim sendo, para organizar o mercado e



proteger o consumidor, o governo criou a Lei 9.656/98 e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pois, originalmente, os planos de saúde deveriam ser complementares ao SUS, ou seja, fornecer para o cliente apenas aquilo que o sistema em si não abrange.

Os planos de saúde garantem assistência médica e hospitalar através de um princípio denominado mutualismo que, por meio de pequenos valores, dilui o risco por uma grande quantidade de participantes, garantindo a assistência à saúde conforme um contrato específico para cada caso. As empresas que disponibilizam estes serviços são chamadas de operadoras de saúde e todas devem ser regulamentadas pela ANS, tendo seus produtos aprovados para comercialização ou funcionamento.

Tudo aquilo que se refere à cobertura do plano deve ser visto e avaliado, a fim de estabelecer vantagens para quem o adquire. Logo, para que o cliente contrate um plano, ele deve procurar assessoria com um corretor de seguros ou um consultor especializado, que deve oferecer as propostas de planos de diferentes tipos, possibilitando a escolha do cliente. Além disso, este profissional poderá auxiliar o usuário durante a utilização do plano até o momento da renovação, para avaliações de possíveis reajustes e mudanças.

Os planos de saúde, assim como outros seguros, funcionam através do princípio do mutualismo. A fim de que existam vantagens tanto para a seguradora quanto para o cliente, é necessária a massificação para que haja diluição do risco. Somente desta forma é possível prover o pagamento de despesas vultuosas, com pequenas contribuições dos participantes. Afinal, não se geraria dinheiro suficiente para a sustentação de um negócio e nem seria possível a disponibilização para o segurado do que ele contratou, caso a seguradora não possuísse milhares de consumidores.

No momento em que muitas pessoas adquirem um plano em determinada operadora, se consegue cumprir com os contratos sem que haja desvantagem para nenhuma das partes. Assim, é levado em consideração a quantidade de clientes existentes e o uso do plano nas possíveis necessidades de utilização, por meio de cálculos referentes à frequência desta em cada cobertura. Este estudo deve ser realizado por um atuário, para que se calcule os valores dos planos de uma operadora.

A fim de que se compreenda um contrato referente ao plano de saúde, é necessário o conhecimento de alguns conceitos. Os planos de saúde, a partir de seus



diferentes tipos, abrangem determinados serviços referentes à área médica e hospitalar e tudo aquilo inserido no plano contratado, dá-se o nome de cobertura. No plano, quem contrata é o usuário titular e aqueles que também o possuem a partir do relativo são denominados dependentes deste. Também podem ser contratados planos através de estipulantes, que são pessoas jurídicas, como empresas ou associações, que representam seus funcionários ou associados na negociação com a operadora.

Dentro dos planos, existe o que chamamos de carência, que é o tempo pelo qual se paga o plano, mas não se tem o direito de utilizar, sugestivo às datas impostas na contratação. Além disso, os planos de saúde trabalham, quanto à doença, conforme o que o paciente apresenta ou não. Aquilo que chamamos de doenças contraídas antes da contratação do plano e de conhecimento do usuário, são as pré-existentes e devem ser levadas em consideração no momento em que se adquire o seguro. A operadora poderá agravar o valor do plano ou determinar prazos de carência de até 24 meses para estas doenças.

Algumas operadoras, geralmente as ligadas a grupos seguradores e denominadas de seguro saúde, oferecem aos seus usuários o sistema de livre escolha. Significa que os prestadores de serviços, como médicos, laboratórios e hospitais, podem ser referenciados do plano ou escolhidos particularmente pelo usuário que, neste caso, pagará o procedimento e terá direito a reembolso, de acordo com os limites estabelecidos pelo plano contratado.

As operadoras tem o direito de estabelecer valores de coparticipação para determinados procedimentos, como forma de moderar a utilização do plano e minimizar suas despesas, desde que esteja previsto em contrato. Isso significa que, se o usuário tiver coparticipação no plano, algumas consultas, exames e internações terão participação financeira do mesmo, mas certamente a mensalidade do plano será menor se comparado ao mesmo plano sem coparticipação. As despesas assistenciais também podem ser chamadas de sinistro, que representa a materialização do risco.

A fim de que possam permanecer no mercado, os planos devem fazer avaliações constantes do quanto eles gastam com os sinistros e quanto eles recebem dos segurados. Esses cálculos são necessários para que o gasto seja compatível com o recebido e, de tal forma, possa se manter o preço do plano e a sua qualidade.



Assim, com as médias finais e uma análise detalhada, chega-se à conclusão da necessidade ou não de um aumento do valor de determinados planos, levando em consideração o tipo de plano de saúde que está em análise. Estes diagnósticos são feitos pelo atuário, profissional especializado no estudo das frequências e preços, realizando planilhas e gráficos para chegar aos valores referentes ao plano, avaliando possíveis reajustes. Nesta análise, deve-se considerar os fatores moderadores do plano, ou seja, os mecanismos que regulam seu uso.

Os planos individuais não podem ser cancelados unilateralmente pela operadora e seus reajustes devem ser aprovados pela ANS para toda carteira da respectiva operadora. Já nos planos contratados através de estipulantes, pessoas jurídicas, as condições de reajustes devem estar previstas em contrato, mas prevalece a livre negociação entre as partes.

2.2 FORMAS DE CONTRATAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE

Existem diferentes formas de contratação de um plano de saúde, o que abrange planos individuais, empresariais e por adesão. No plano individual, nos referimos a uma pessoa que contrata o plano para si, com ou sem dependentes. No caso do plano empresarial, o contrato é efetivado com uma pessoa jurídica que representa diversas pessoas, com um número de usuários que varia conforme aqueles que no contexto estão inseridos.

A dificuldade existente na contratação de um plano individual é que a pessoa paga um determinado preço e, muitas vezes, gasta mais do que o valor inicial. Há algum tempo, não era obrigação da seguradora manter um plano individual no qual ela não obtivesse lucro, podendo assim, negociar com o segurado. Contudo, a ANS determinou que isso não poderia mais ocorrer, o que faz com que, na contratação de um plano individual, a empresa seja obrigada a cobrir toda e qualquer necessidade referente à saúde do cliente, as quais estão inseridas na lista de procedimentos da ANS. Isso faz com que ocorra, de certa forma, um comprometimento muito grande da operadora para com o cliente, sem possibilidade de segundas negociações e encarecimento do plano pelo índice de sinistros, o que tem levado as empresas a repensarem a venda de seguros individuais.



Assim, com o tempo, mais operadoras estão deixando de vender planos desta modalidade e passando a vender apenas planos empresariais. Hoje em dia, poucas são as operadoras brasileiras que disponibilizam os planos individuais, consequência da grande interferência do governo no setor.

Referente a qualquer contratação de plano de saúde, o cliente está sujeito a sofrer um reajuste conforme a sua idade. Existem dez faixas etárias nas quais o usuário pode ser inserido (Figura 1). Antes da legislação atual do setor, quando se contratava um plano e a pessoa envelhecia, chegando aos 60 anos, o valor do seguro era brutalmente alterado, sofrendo uma elevação considerável. Havia operadoras que aumentavam o valor em trinta e uma vezes entre a primeira e última faixa etária. Este fator acabava por impedir que pessoas de idade mais avançada tivessem um plano de saúde. Para que isto não ocorresse e, em cumprimento ao Estatuto do Idoso, a ANS estabeleceu o critério no qual o valor do seguro para quem possui mais dos 59 anos de idade não pode ser maior que seis vezes o pago na primeira faixa etária, a qual varia de 0 a 18 anos. Após a última faixa etária, de 59 anos ou mais, os reajustes por idade são proibidos. Isso impede a exclusão de pessoas idosas nos planos de saúde e faz com que se torne mais barato o seguro dessas pessoas, considerando o maior risco que elas possuem quanto à sinistralidade.

O plano de saúde empresarial tem crescido continuamente, fazendo com que grande parte das operadoras tenha voltado seu mercado para essa forma de contratação. O contrato deste seguro deve envolver uma cobertura para todos os funcionários da empresa, a fim de que não ocorra seleção de risco, ingressando apenas usuários que gerem sinistros pois, se assim fosse, o princípio do mutualismo não poderia se desenvolver e o gasto da operadora seria incompatível com seu ganho. Porém, é necessário lembrar, referente ao princípio do mutualismo, que se uma empresa com poucos funcionários contrata um plano de saúde, havendo qualquer sinistro de maior complexidade, como internação hospitalar, na maioria das vezes, não haverá vantagem para as operadoras.

Uma empresa de oito funcionários, por exemplo, que pague um valor "x" para ter o plano e apresente sinistros que excedam o valor total pago por ela, gera desvantagem para a operadora. Como ocorriam reajustes de forma individual para estas empresas menores, era grande a possibilidade de reajustes elevados ou mesmo



cancelamentos. Para evitar estas situações, a ANS determinou que empresas que tenham um máximo de trinta funcionários possam sofrer apenas reajustes coletivos por parte da operadora, ou seja, o reajuste de um plano empresarial com esta quantidade de pessoas tem que valer para todos os similares. Enquanto que empresas com um número maior de funcionários estão sujeitas a avaliação da sinistralidade individual, podendo ocorrer mudança nos valores do plano conforme a utilização e o equilíbrio técnico desta empresa, diferente do caso de empresas menores.

É válido lembrar que empresas ou associações que possuam grande número de usuários, geralmente acima de cinco mil, podem criar seu próprio plano de saúde, chamados de planos de autogestão, conforme necessidades pessoais, desde que atendam as exigências da ANS.

Os reajustes, referentes aos planos empresariais, podem ser por quatro motivos: alteração por faixa etária de cada usuário, ou média etária do grupo; pelo cálculo da sinistralidade (receita x despesas assistenciais); pela variação das despesas médico-hospitalar no período; e por eventuais desequilíbrios técnicos, como grande redução dos usuários, por exemplo.

Além disto, existem no mercado alguns planos que não se encaixam nem nos empresariais nem nos individuais, mas sim nos planos de adesão. Nesses seguros, uma administradora de benefícios oferece um plano específico para determinado grupo de categoria funcional e assim, aqueles que se encaixam, podem adquiri-lo pelo fato de estarem inseridos em um mesmo contexto. De tal maneira, se um advogado, por exemplo, que não possuísse seguro e desejasse adquiri-lo, poderia, através de um plano de adesão, possuir um seguro que lhe é ofertado por ele ter como ofício a advocacia.

É interessante levarmos em conta, quando lidamos com qualquer forma de contratação de planos de saúde, o porquê da necessidade de o adquirirmos. Muitas vezes, aqueles que não se dizem a favor da contratação do plano, acreditam que como o plano é pago constantemente e algumas vezes não é utilizado, não parece ter importância.

Contudo, quando analisamos a partir do princípio do mutualismo, podemos destacar que se todos aqueles que possuem o plano utilizassem o valor que pagam de forma total, a operadora que o fornece não teria capacidade de suprir as necessidades contratadas pelo plano, não podendo levar adiante o negócio. Assim, se uma pessoa



resolvesse reservar um dinheiro para gastar com sua saúde quando fosse necessário, sem possuir plano, ela teria uma complicação muito maior, afinal, diferente de um bem material que tem um valor máximo estabelecido, não podemos estabelecer um valor máximo referente à saúde de alguém, uma vez que estamos sujeitos a quaisquer tipos de problemas existentes.

Logo, se alguém resolve reservar um valor "x" para gastar com sua saúde, essa pessoa pode apresentar necessidade de utilizar um valor muito maior que este, por um problema de saúde o qual ela não esperava apresentar. Fora isto, os hospitais têm um valor tabelado para os planos que não são os mesmos para internações ou exames particulares, ou seja, se uma baixa hospitalar for realizada de modo particular, a pessoa pagará um valor maior do que o plano pagaria para o hospital.

3 MODELOS DE PLANOS DE SAÚDE

3.1 TIPOS DE PLANOS DE SAÚDE

No mercado de planos de saúde, existem muitas coberturas e seguros de saúde que são previstos pela lei. Quaisquer deles devem ser adquiridos conforme vontade do segurado, atendendo às suas necessidades. As operadoras que fornecem os planos de saúde trabalham com opções que podem ser vendidos separadamente ou em conjunto, formando uma combinação de planos. Dentre os tipos de planos disponibilizados no mercado brasileiro, estão os planos: ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, odontológico e referência.

Planos referentes à área ambulatorial compreendem uma cobertura de consultas de número ilimitado com exames complementares e procedimentos, porém em nível ambulatorial. Isso se refere a exames e procedimentos que não excedam um período superior à 12h dentro de um ambiente hospitalar. É importante entender que a grande preocupação na contratação de um plano é referente à baixa hospitalar. Quando se trata de consultas e exames, o preço a ser pago não se compara ao preço de uma necessidade de estadia em hospital. Fato este que torna os planos mais completos essenciais para



quem tem interesse na contratação de um seguro. Devido a esta preocupação, há um interesse maior em se adquirir planos com cobertura de internação.

Os planos hospitalares sem obstetrícia são mais abrangentes que os ambulatoriais porque contemplam o grande risco que são as internações hospitalares, com número ilimitado de diárias e cobertura para atendimentos emergenciais ou de urgência que evoluíram para uma internação devido a sua gravidade. No entanto, planos como este não incluem procedimentos referentes à gravidez. É normal em planos empresariais se estabelecer a necessidade ou não de um plano hospitalar com obstetrícia, que difere da anterior por apresentar cobertura de consultas, exames e procedimentos relativos ao pré-natal, ao parto e assistência do bebê no primeiro mês de vida. É aconselhável avaliar a média etária dos funcionários da empresa que contrata o plano, a fim de verificar a quantidade de mulheres na faixa referente à idade que se têm uma maior chance de engravidar, ou não.

Os planos odontológicos contemplam a relação mínima de procedimentos odontológicos exigidos pela ANS, como consultas realizadas em consultório, incluindo exames e serviços específicos. Incluí também cirurgias orais que são consideradas de nível ambulatorial. Esse tipo de plano não é considerado uma cobertura adicional dos demais e sim outro plano, com regras específicas, devendo ser contratado separado, ou seja, se determinada pessoa possui um plano ambulatorial e quer um plano odontológico, ela possuirá esses dois planos de forma separada, um não se encontra inserido dentro do outro.

Além destes, existe o Plano Referência, o qual apresenta um somatório dos planos ambulatoriais e hospitalares, procedimentos, consultas, exames e internações clínicas e cirúrgicas, obstetrícias e atendimentos de emergência e urgência. É necessário oferecimento desse plano de forma obrigatória por parte das operadoras, excluindo apenas as que são somente odontológicas ou de autogestão, conforme determina a lei nº9.656/98.

Cada operadora de saúde pode oferecer combinações de planos conforme sua escolha. Ficando sob responsabilidade do cliente a escolha do plano que melhor lhe servir e que lhe proporcionará a cobertura de acordo com o plano contratado.



3.2 ASSISTÊNCIA À SAÚDE PARA VIAGEM

Existem seguros que abrangem a assistência à saúde, mas que não são planos de saúde, nem estão sujeitos a regulamentação da ANS. Referimo-nos, nesse contexto, aos seguros de viagem. Esse tipo de seguro é contratado pelo consumidor que deseja viajar, garantindo assistência e bem-estar fora do país, porém de forma não restrigente à saúde. Por isso, a contratação do mesmo é separada e, na maioria das vezes, opcional no ato da compra da viagem.

Continentes como o europeu, apresentam uma legislação rígida quanto aos seguros de viagem. Como nestes países a saúde funciona de forma muito eficiente, com o Estado promovendo um atendimento pleno e qualificado, muitos imigrantes buscam usufruir destes serviços, onerando os custos assistenciais destes países. Lá, eles realizam os tratamentos necessários sem ter que pagar por isso. No entanto, esta utilização indevida da saúde pública fez com que pessoas que não pagavam impostos para terem sua saúde assegurada usufríssem de um serviço que não lhes era de direito. Para se proteger, inibir e evitar esta situação, trinta países europeus assinaram um tratado, denominado Schengen, que obriga qualquer imigrante a possuir um plano com cobertura mínimo de trinta mil euros de assistência à saúde para ingressar no país, de forma obrigatória e indispensável.

O interessante do seguro viagem é que além de proporcionar assistência à saúde, levando em consideração as doenças pré-existentes no momento da contratação, outros benefícios podem ser adquiridos como, por exemplo, a repatriação funerária, no caso de morte fora do país, auxílio em caso de extravio de bagagem, fiança judicial, medicamentos, assistência em caso de roubo, adiantamento de fundos, mudança de voos e demais coberturas, entre outros benefícios.

O seguro viagem é utilizado por quem viaja muito, podendo ser adquirido anualmente pelo segurado. Se um empresário, por exemplo, viaja muito durante o ano, ele pode contratar um seguro anual que dê cobertura para ele durante trinta dias fora de seu país de origem, o que muitas vezes tem um preço mais vantajoso para quem o adquire por dias limitados para uma única viagem.

Todas as coberturas e os reembolsos são de acordo com a escolha do cliente durante o contrato. Pessoas que possuem maior risco de terem problemas ou com doenças pré-existentes costumam ter maior interesse e preocupação quanto a este tipo



de seguro, uma vez que sem ele o dinheiro a ser gasto fora do país pode ser de valor imensurável. Como no caso da Europa, que possui um ótimo sistema de saúde, também é necessário levar em conta que lá o preço da saúde é mais elevado, quando utilizado particularmente.

4 LEGISLAÇÃO NOS PLANOS DE SAÚDE

4.1 AS LEIS NOS PLANOS DE SAÚDE

Na área de planos de saúde, existem constantes divergências referentes à legislação que regula os planos e a interpretação do poder judiciário sobre as coberturas, procedimentos e restrições previstas pelo órgão regulamentador. Muitas vezes, a lei acaba restringindo o que as operadoras oferecem em seus planos de venda e, em alguns casos, exige que determinadas atitudes sejam adotadas de forma obrigatória. Estas cobranças e mudanças legais envolvem as coberturas dos planos e a atuação das operadoras durante e após a referente venda.

A Lei nº 9.656/98 foi estabelecida a fim de fazer com que as operadoras cumprissem certas obrigações que antes não lhes eram de dever e que, por isso, causavam constantes discussões alusivas à atuação dos planos de saúde. Assim sendo, as operadoras, a partir de 1º de janeiro de 1999, são controladas e regulamentadas pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Tal mudança fez com que tudo que a operadora realize, desde sua autorização de funcionamento até suas formas de comercialização dos produtos, passe por um controle e uma licença da Agência. Além disso, também se compreendeu, como finalidade, uma padronização nos planos de saúde oferecidos no mercado. Assim, obviamente, a partir dessa nova submissão legal, todos os planos seguem a mesma legislação, com suas obrigações de coberturas mínimas, ocasionando uma maior cobrança por parte dos usuários, referente aos seus direitos assistenciais, conforme contratado.

Ademais, a lei fez com que as operadoras fossem obrigadas a adaptar contratos e atender as exigências do órgão regulador. Dentro das novas leis, está o sistema de reajustes dos planos de saúde individuais que passaram a ter o mesmo padrão de faixas



etárias e limites de cobranças entre elas. Por exemplo, a primeira faixa etária abrange usuários de 0(zero) a 18(dezoito) anos e a última, acima de 60(sessenta anos), sendo que a diferença de valores da primeira para a última faixa não pode ser superior a 6 (seis) vezes. Isto evita as cobranças exorbitantes e a seleção natural que as operadoras praticavam para excluir os usuários de maior risco. Atualmente, além dos reajustes por mudança de faixa etária, os planos individuais preveem reajustes anuais aprovados pela ANS, que proíbe o cancelamento unilateral por parte das operadoras e os reajustes individuais por contrato.

Neste caso, a operadora solicita a aprovação da ANS, apresentando sua planilha de custo e necessidade de reajuste para toda sua carteira de planos individuais. A partir de então, as operadoras devem pagar toda e qualquer despesa que o cliente do plano individual tiver, sem direito a possível cálculo de sinistralidade e aumento do preço do plano, fazendo com que a operadora tenha uma cumplicidade e um dever muito grande com o cliente.

A partir desta legislação, muitos planos tiveram problemas financeiros, uma vez que alguns clientes apresentavam uma sinistralidade maior do que a prevista, gerando um custo demasiado para a operadora. Assim, como não se pode pedir reajuste no plano depois que o cliente já o contratou, mesmo que ele esteja gerando uma despesa muito alta, as operadoras têm optado por venderem planos que não sejam individuais. Logo, operadoras muito conhecidas passaram a restringir suas vendas e adaptar seus planos para minimizarem os riscos financeiros a que estavam submetidas.

Assim, atualmente, existem dificuldades para o cidadão que deseja adquirir planos individuais, uma vez que restaram poucas opções no mercado. Só tem se mantido no mercado de planos individuais aquelas operadoras que possuem uma grande massa de usuários e que ainda continuam a lucrar com tal modo de contratação, apesar das altas taxas de sinistralidade. Logo, assim como em todos os casos de planos, o princípio do mutualismo é o que permite a viabilização do produto. Contudo, não se sabe até quando existirão operadoras com este modelo de venda, uma vez que há a tendência de diminuição do número de planos individuais, obrigando o cliente a buscar alternativas em planos empresariais ou de adesão, cujo sistema de reajuste é mais flexível, prevendo a negociação entre as partes ou mesmo o cancelamento unilateral do contrato.



4.2 RECLAMAÇÕES DOS SERVIÇOS FORNECIDOS PELAS OPERADORAS

A ANS e a sua constante fiscalização das operadoras de planos - desde 1999, tem como um dos objetivos a proteção dos usuários e a diminuição de possíveis reclamações. Isto obriga uma melhora e uma constância da qualidade de atendimento das empresas e do plano em si. Porém, em oposição a esta alteração legal, houve mudanças mundiais quanto a acessibilidade à informação.

Desde o ano da criação da lei até agora, os usuários estão cada vez mais bem informados e com maiores conhecimentos sobre os planos de saúde, uma vez que a mídia tem dado bastante foco nos problemas do setor e a internet tem contribuído muito para o acesso as informações e aos direitos do consumidor. É de conhecimento da ANS que o índice de reclamações referente às maiores operadoras do mercado nacional tem aumentado. Com o maior conhecimento das obrigações legais do plano e da necessidade de comprometimento daquilo que está prescrito em contrato, os usuários tem procurado reivindicar seus direitos para terem aquilo que na hora da contratação escolheram.

Do ano de 2011 para cá, as reclamações têm aumentado, fato relacionado diretamente com a acessibilidade à informação (Figura 2). É válido enfatizar que muitas das reclamações provem da falta de conhecimento do próprio cliente para com aquilo que foi contratado. Algumas vezes, os clientes optam por não adquirir determinada opção do plano, mas depois precisam desta sem possuí-la e acabam por realizar reclamações inconsistentes.

Além disso, há reclamações alusivas à falta de leitos em hospitais, dirigindo a culpa para as operadoras. Porém, os planos não tem relação com as vagas de leitos em hospitais, eles só possuem a acessibilidade a estes, por isso não lhes é de responsabilidade. Este problema é de encargo do próprio setor hospitalar e da falta de investimento do governo na área da saúde. A disponibilidade de leitos hospitalares não acompanhou o crescimento do número de usuários de planos privados. Nos Estados Unidos, por exemplo, existem planos que criaram hospitais e, nesse caso, sendo os hospitais de posse das operadoras, a incumbência é, obviamente, da própria empresa. Mas neste caso, os custos seriam muito mais elevados.



5 PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE

5.1 A LOGÍSTICA DO ESTADO NEOLIBERAL NA PRIVATIZAÇÃO

Historicamente, existiram diversas formas de atuação e participação do Estado que foram alteradas com o tempo. Para que se criasse o Estado Neoliberal que hoje vigora no Brasil e que nos trouxe o conceito da privatização, houve outras lógicas estatais, as quais foram respectivamente: o Estado Liberal, o Estado de Bem-Estar Social e, então, o Estado Neoliberal. Cada um deles manteve ou alterou os fundamentos propostos pelo anterior, lembrando que o capitalismo sempre era o foco de qualquer um dos Estados criados.

O Estado Liberal tinha por objetivo não possuir interferência estatal, com a lógica da "mão invisível", proposta por Adam Smith, a qual sustentava a ideia de que a economia do Estado se regula sozinha, naturalmente. Além disso, apresenta intensamente o Estado de Direito, o qual coloca as leis acima do próprio Estado, fundamentando ideias com a propriedade privada, o individualismo e a liberdade.

Em seguida, em decorrência da crise financeira de 1929, ocorreu à implementação do Estado de Bem-Estar Social. O objetivo de John Keynes, idealizador deste Estado, era enfrentar os movimentos que os trabalhadores realizavam em busca de melhores condições de vida e de trabalho.

Este modelo de Estado tinha por finalidade gerar bem-estar para os cidadãos, fazendo com que a educação e assistência à saúde fossem de responsabilidade do próprio governo. Obviamente, mantinha-se a lógica capitalista, sendo a sustentação do capitalismo o real objetivo de se disponibilizar uma qualidade de vida para o cidadão. Assim, como o indivíduo possuía condições de se qualificar durante a vida, ele teria capacidade de continuar gastando, fazendo com o que o sistema econômico fosse mantido. Atualmente, este sistema permanece em vigor em países da Europa, como a Inglaterra e a França.

O Estado Neoliberal, vigente no Brasil, surgiu a partir do Bem-Estar Social. Seus idealizadores, Hayek e Friedman, acreditavam que as crises que estavam ocorrendo eram derivadas do gasto que o Estado mantinha com políticas sociais. Sendo assim, pensavam ser necessária uma mudança, transformando aquilo que antes era de dever público em privado. A partir de então, tentaria se retomar para a lógica liberal, mas de



uma maneira diferente, pois como o Bem-Estar Social estava em vigor, não se poderia retomar de forma integral para o sistema liberal. Por isso a grande tendência neoliberal de privatizar praticamente tudo.

O Brasil, hoje, possui de maneira muito marcante a ideia de privatização. Antigamente, o ensino público tinha uma qualidade diferenciada e competia com a educação particular. Contudo, de alguns anos para cá, ocorreu uma enorme privatização da educação, na qual o governo se torna menos responsável por algo que se tornou privado.

Isto é o mesmo que vêm ocorrendo com a saúde. O governo tem exercido cada vez menos seu dever mínimo frente às assistências de saúde para a população. Os hospitais têm sofrido uma constante privatização e o Sistema Único de Saúde (SUS) tem funcionado cada vez mais precariamente. Estes fatores abrem caminho para uma privatização cada vez maior da assistência à saúde, uma vez que o serviço disponibilizado pelo Estado não atende as necessidades da população. Com isso, os planos de saúde vêm tomando uma proporção maior, pois as pessoas têm buscado uma assistência que o governo não atende. Assim, essa tendência se tornou a base do modelo de país que hoje existe e, sem ela, os planos de saúde não teriam necessidade de existir, ou seja, o plano de saúde é resultado da incapacidade do governo em prover este benefício, estimulando a privatização do setor.

5.2 O CRESCIMENTO DA PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE

Atualmente, muitos reconhecem a existência do plano de saúde em virtude da privatização, mas não conseguem analisar o motivo disto estar ocorrendo gradativamente. Afinal, o governo tem interferido cada vez mais na assistência à saúde, transferindo para a iniciativa privada o que seria de sua obrigação, mas muitas vezes isso ocorre de uma forma que não se tem conhecimento.

Nos hospitais públicos, quando é dada a baixa para que o cidadão seja atendido, o hospital identifica se os pacientes possuem plano de saúde e em caso positivo, os custos assistenciais serão cobrados da sua operadora. Isso significa dizer que, atualmente, quem possui um plano de saúde e utiliza o SUS, estão subsidiando os serviços que seriam de obrigação do governo. Lembrando que o sistema público de assistência à saúde não é gratuito e sim pago por meio de impostos pelos cidadãos,



pode-se concluir que quem possui plano de saúde tem deixado de ter o que lhe é de direito, a assistência pública à saúde. Afinal, o órgão regulamentador, a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar - fiscaliza e regula os planos que deveriam ser complementares ao sistema público e não substituto deste, o que não ocorre de fato.

Portanto, o dinheiro que o governo recebe dos planos faz com que o Estado não gaste com o estes cidadãos. Inclusive o ressarcimento dos planos são valores muito mais expressivos que os custos previstos na tabela do SUS. Ou seja, o governo ainda lucra com este atendimento. Se não há despesas e, considerando que muitas pessoas ultimamente possuem plano de saúde, a questão está no motivo da precariedade do Sistema Único de Saúde (SUS). Por lógica, a tendência seria aumentar a qualidade da assistência pública, uma vez que o gasto é menor. Contudo, o que tem ocorrido é a sua decadência, fato que acaba indicando um paradoxo.

A questão é até quando a iniciativa privada vai suportar esta interferência do governo no setor, inviabilizando a existência das operadoras? Ou até quando a população vai ter condições de suportar os custos dos planos de saúde, cada vez mais altos para as operadoras atenderem as exigências do governo, que transfere a responsabilidade ao setor privado? Se não houver um equilíbrio no setor, esta realidade poderá ocasionar um retrocesso, fazendo o governo absorver o sistema de saúde de grande parte da população, a qual não terá mais condições de contratar um plano de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os planos de saúde existem para complementar as necessidades da população que o Estado não supre. Sendo assim, é agente direto da privatização da saúde que tem ocorrido de forma cada vez mais intensa. Dependente deste processo, o plano existe para suprir algo não viabilizado pelo Estado e não de substituí-lo, o que tem ocorrido erroneamente na atualidade. Assim, cada vez mais pessoas tem buscado a assistência dos planos e se informado sobre seus direitos frente àquilo que fora adquirido.

Para isso, as operadoras que vendem os planos devem seguir normas da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS), de modo a fazer com o cliente esteja mais seguro no momento de adquirir um plano. Assim, na hora da contratação, ele pode



optar por três formas diferentes de contrato: plano empresarial, plano de adesão e plano individual. O que tem ocorrido é uma diminuição de operadoras que vendem planos individuais, uma vez que as regras da Agência tem imposto um alto rigor nessa forma de contratação.

O maior problema relacionado ao plano é a sua atuação perante o Estado e a legislação. As leis que regulam os planos são interpretadas de forma diferente pelo poder judiciário, fator que leva a muitas divergências. Além disso, é importante que notemos o quanto o Estado tem gerado uma privatização crescente no momento em que não supre as necessidades populacionais e o quanto os planos tem que aumentar de valor devido as restrições impostas pelo governo. Assim sendo, com a transferência da responsabilidade do governo para o setor privado, as pessoas se tornam obrigadas a gastar com planos de saúde, cujos valores são cada vez mais elevados. Logo, considerando o fato de o Brasil ser um dos países com maior desigualdade na distribuição de renda, torna-se uma incógnita o futuro dos planos de saúde, pois não se sabe até quando o povo conseguirá pagar pelo seu próprio bem-estar.

REFERÊNCIAS

Allianz Saúde. **Guia de Utilização – Saúde**. São Paulo, 2008.

Manual de Orientação para Contratação dos Planos. Disponível em: <portal.sulamericaseguros.com.br/data/files/8A6180342CE02273012CE123EA1C7CFE/manual_de_orinetacao_para_contratacao.pdf> Acesso em: 20 mai. 2013.

Ministério da Saúde. **Guia dos Direitos do Consumidor de Seguros e Planos de Saúde**. Brasília, 1999.

Nova Legislação dos Planos de Saúde. Disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm> Acesso em: 16 mai. 2013.

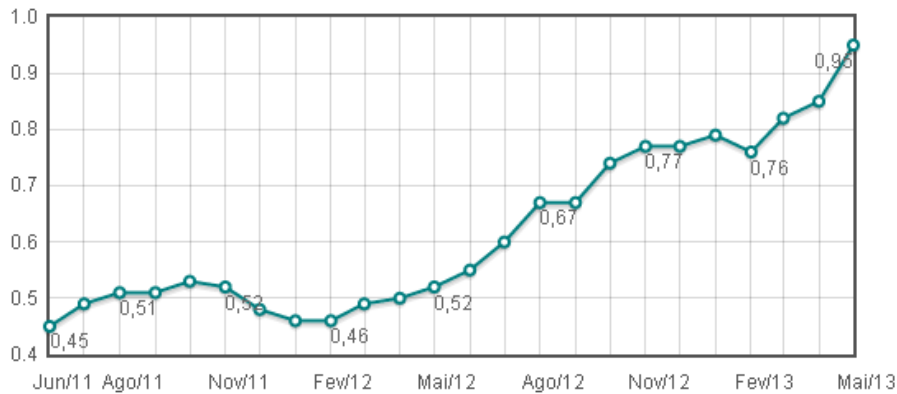
Tempo Saúde, Seguradora. **Manual do Corretor – Seguro Saúde**. Porto Alegre, 2007. **Legislação dos Planos de Saúde**. Disponível em: <www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao> Acesso em: 15 jun. 2013.



ANEXOS

Contratação	Faixa etária	Observações
Até 2 de Janeiro de 1999	Não se aplica	Deve seguir o que estiver escrito no contrato.
Entre 2 de Janeiro de 1999 e 1 de Janeiro de 2004	0 a 17 anos 18 a 29 anos 30 a 39 anos 40 a 49 anos 50 a 59 anos 60 a 69 anos 70 anos ou mais	A Consu 06/98 determina, também, que o preço da última faixa (70 anos ou mais) poderá ser, no máximo, seis vezes maior que o preço da faixa inicial (0 a 17 anos) Contratos de consumidores com 60 anos ou mais e dez anos ou mais de plano não podem sofrer a variação por mudança de faixa etária.
Após 1 de Janeiro de 2004 (Estatuto do Idoso)	0 a 18 anos 19 a 23 anos 24 a 28 anos 29 a 33 anos 34 a 38 anos 39 a 43 anos 44 a 48 anos 49 a 53 anos 54 a 58 anos 59 anos ou mais	A Resolução Normativa (RN nº 63), publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina, que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). A Resolução determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Figura 1 – Tabela Comparativa, entre antigas e novas Faixas Etárias determinadas pela ANS, conforme mudanças estabelecidas nos últimos anos. Fonte: www.ans.gov.br.



OBS: Quanto menor o número indicado, menos reclamações registradas pelos consumidores na ANS.

Figura 2 – Gráfico da Evolução do Índice Médio de Reclamações das Operadoras de Grande Porte - Junho/2011 - Maio/2013. Fonte: www.ans.gov.br.