

SUS, UNIVERSAL E GRATUITO. SERÁ?

Recentemente presenciamos na mídia uma enxurrada de críticas ao atual Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, que teria aventado a possibilidade de cobranças direcionadas a uma parcela da população pelos atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde. Disse o Ministro no Programa Roda Viva, exibido pela TV Cultura, no dia 27 de maio de 2019 : "É justo ou equânime uma pessoa que recebe 100 salários mínimos ter o atendimento 100% gratuito no SUS [Sistema Único de Saúde]? Quem vai ter 100% de atendimento gratuito no SUS? Eu acho que essa discussão é extremamente importante para esse Congresso. Eu vou provocá-la, vou mandar a mensagem, sim, para a gente discutir equidade e nesse ponto a gente vai por o dedo". A fala foi o suficiente para dispararem as críticas, muitas, notadamente, com cores ideológicas e, pior, partidárias. Não obstante, o objetivo do presente arrazoado não é discutir se o SUS deve ou não ser pago pela população ou por uma parcela dela. Sabemos que existem modelos outros, pagos, mas que também garantem o acesso populacional ao serviço público de saúde. Em Portugal, por exemplo, são cobrados valores da população que pode pagar. Aquela parcela que não pode pagar, por estar em situação de vulnerabilidade, faz jus a isenção. Não é raro também a cobrança de valores de contribuição como uma espécie de fator moderador. No modelo público italiano os usuários não pagam, via de regra, quando consultam com o que para nós, brasileiros, seria o médico de família (na Itália Médico de base). As medicações prescritas por este médico também são gratuitas ou subsidiadas. Por outro lado, o acesso ao especialista, assim como a utilização dos serviços de urgência e emergência de forma equivocada, ou seja, para atendimentos que não se enquadram nestes conceitos, são pagos. Obviamente o sistema visa regular a utilização dos aparelhos de saúde de acordo com os seus respectivos escopos, esperando evitar gastos excessivos (com utilização de recursos além dos necessários), óbitos indesejados e evitáveis (pela superlotação e utilização dos sistemas de urgência e emergência com casos de menor complexidade) e ocorrência de iatrogenias pela falta de controle da saúde do usuário (ocorrida, por exemplo, pelo excesso de medicação ou interação indesejada, fruto de ação de vários médicos sobre o paciente, de forma descoordenada). O objetivo também não é defender ou atacar o SUS. O SUS presta um grande serviço ao povo brasileiro, apesar do real subfinanciamento e de todas as mazelas conhecidas que temos, urgentemente, que tratar. Infelizmente, os serviços lotados, as filas para atendimento e a falta de profissionais, equipamentos e materiais e medicamentos ofuscam as cirurgias realizadas, o controle e a vigilância epidemiológica e ambiental, os transplantes entre outras ações realizadas. A definição do melhor modelo para que sejam alcançadas as almejadas melhorias, como o acesso da população aos serviços de saúde no tempo e da forma correta, utilizando os recursos necessários (nem mais nem menos), deve considerar a cultura do país e das localidades onde a política será aplicada, assim como a disponibilidade financeira e as formas de adequá-la a real necessidade, a disponibilidade dos demais

recursos (como profissionais, unidades assistenciais devidamente equipadas, e insumos). Para tanto há a necessidade de um debate sem hipocrisia, claro, através do qual as cartas sejam postas na mesa para que a sociedade, por meio de representantes atue, participe. O avanço tecnológico da medicina, da indústria farmacêutica e os novos hábitos de vida importaram em drástica mudança na pirâmide etária do Brasil e de boa parte do mundo, gerando necessidades e demandas maiores e diferentes que precisam e precisarão cada vez mais rapidamente serem respondidas pelos governos através das políticas públicas. Tal fato reforça a importância e a urgência do debate, sob pena de, em sua ausência, não se decidir, ou ainda pior, decidir-se mal, desperdiçando-se importantes recursos, já insuficientes. Como vimos no início do presente texto, as críticas direcionadas a fala acima citada do atual ministro da saúde se fundamentam no fato de que um SUS pago desrespeitaria o princípio da universalidade. Será? Ora, existem sistemas nos quais os que tem capacidade contributiva pagam e os que não tem não pagam, gozam de isenção. Estes sistemas não deixam de ser inclusivos. Ademais, fatores que moderem e regulem a utilização são, via de regra, benéficos, seja por controlar os desperdícios de recursos, evitando gastos desnecessários, seja por pressupor uma utilização mais adequada e um melhor controle da saúde populacional, invertendo a lógica atual de que a medicina deve cuidar das doenças, privilegiando uma medicina que evite o adoecimento. Não é este, todavia, o principal ponto desta reflexão. O fato é que os que criticam a proposta de debate, ignoram (ou por desconhecimento ou por simples conveniência) que o SUS já não é gratuito para todos os brasileiros. Ignoram, por completo, o Ressarcimento ao SUS, mecanismo através do qual o Estado cobra do usuários de planos de saúde pelos atendimentos realizados na rede pública de saúde. Explico. O artigo 32 da Lei 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde) define o Ressarcimento ao SUS: “Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)¹”. Segundo a ANS, Agência Nacional de Saúde, responsável por normatizar e cobrar as operadoras de saúde pelos atendimentos acima citados, o Ressarcimento “é a obrigação legal das operadoras de planos privados de assistência à saúde de restituir as despesas do Sistema Único de Saúde no eventual atendimento de seus beneficiários que estejam cobertos pelos respectivos planos²”. Até aí, aparentemente, sem problemas, pois quem estaria pagando a conta seriam as operadoras de planos de saúde. Ocorre, entretanto, que os pagamentos feitos ao SUS pelas operadoras de saúde, na forma de ressarcimento, em razão dos atendimentos realizados na rede pública de saúde daqueles que possuem planos de saúde, compõem as despesas assistenciais das

¹http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm

²<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/263-ressarcimento-ao-sus>

carteiras de planos de saúde. Os planos de saúde, por sua vez, especialmente os coletivos (hoje representam mais de 80% do total de usuários de plano de saúde)³, quase que invariavelmente realizam seus reajustes com base na sinistralidade apurada das carteiras, ou seja, com base na relação estabelecida entre os valores arrecadados com as mensalidades e as despesas assistenciais da carteira de beneficiários vinculados a um mesmo produto. Explicando em miúdos, o pagamento feito ao SUS pela operadora de saúde em razão da utilização pelo seu cliente da rede pública de saúde compõe a base que esta mesma operadora leva em consideração quando negocia o reajuste das suas carteiras coletivas, com as empresas e com as entidades de classe. Na mesma linha, os planos de saúde individuais consideram em sua fórmula de reajuste a sinistralidade dos planos coletivos, seja no modelo vigente até novembro de 2018, que se baseava diretamente no reajuste dos contratos de planos coletivos com 30 ou mais beneficiários, seja no modelo vigente a partir de dezembro de 2018, cuja fórmula de cálculo considera a variação das despesas assistenciais (VDA)⁴. Portanto, em última instância, o contratante de plano de saúde paga pelos seus atendimentos realizados na rede SUS. A diferença é tão somente que a sua conta é socializada, ou seja, repartida, com os demais beneficiários da sua carteira. É interessante saber ainda que o “ressarcimento ao SUS” é realizado nos valores da tabela SUS utilizada como base para pagamento dos procedimentos realizados pelo SUS, multiplicados por um índice (IVR) de 1,5%. Os valores arrecadados pelo ressarcimento e que refletem diretamente nos reajustes daqueles que possuem planos de saúde são crescentes e significativos. Segundo boletim emitido pela ANS em junho deste ano, desde o início do ressarcimento ao SUS já foram cobrados das operadoras R\$5,03Bilhões de reais, sendo R\$1,02Bilhões somente em 2018. O mesmo documento aponta ainda que no primeiro semestre de 2019 já foram cobrados R\$702,25Milhões, o que indica que ao final do ano a marca alcançada pela agência em 2018 será superada em 2019. É necessário ter em mente ainda que os expressivos valores que, de forma rateada entre as respectivas carteiras de planos de saúde, importam na majoração das mensalidades pagas pelos os usuários de planos de saúde pela utilização do SUS, que deveria, por definição, ser Universal e Gratuito, são cobrados de todos aqueles que possuem planos de saúde e não somente daqueles que ganham mais de 100 salários mínimos, como sugeriu a reflexão do ministro. Não é demais lembrar também que os planos coletivos, que equivalem a mais de 80% dos planos vigentes atualmente, são basicamente compostos por trabalhadores, cuja realidade salarial e de renda são sobejamente

³<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>

⁴2 – Como é calculado o reajuste dos planos individuais/familiares?

(...) O cálculo combina o **Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA)** com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), retirando-se deste último o subitem Plano de Saúde. O IVDA reflete a variação das despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incide sobre custos de outras naturezas, como despesas administrativas. Na fórmula, o IVDA tem peso de 80% e o IPCA de 20%. (<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/5080-ans-limita-em-o-reajuste-de-planos-de-saude-individuais-ou-familiares>)

conhecidas. Em suma, não há como se ter uma resposta adequada sobre qual o melhor sistema, sem que seja feita a devida discussão. O debate, portanto, é imperioso, mandatário. Há a certeza da insuficiência dos recursos disponibilizados para a saúde pública nos últimos anos e são amplamente conhecidas as mazelas e necessidades do SUS. A melhor decisão dependerá, entretanto, de um debate claro, justo, sem obnubilação, sem falsas premissas, de modo a evitar conclusões falsas e politicagem.

Felipe Lannes de Aguiar Pacheco

Especialista em Direito Público pela ANAMAGES e Direito da Medicina pela Universidade de Coimbra/Portugal. MBA de Gestão Empresarial pela FGV. Atuação como Secretário de Governança Corporativa. Consultor Independente e atuação como Advogado nas áreas de Saúde, Educação e Terceiro Setor.