

CURSO INTERSINDICAL

Aula de 24.03.2017; 13h30 às 16h30

Por: Pedro Paulo de Salles Dias Filho

EXTRATOS DA CAP. 5 DA TESE “Neocorporativismo e saúde suplementar: as bases sociais da privatização da saúde no Brasil” - Autor: Pedro Paulo de Salles Dias Filho

1- PLANOS DE SAÚDE: OBJETOS DE DESEJO

Pesquisa de satisfação conduzida pelo Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS, 2015) e pelo Ibope, entre abril e maio de 2015, denominada “Avaliação de Planos de Saúde”, entrevistou homens e mulheres, com 18 anos ou mais, nas regiões metropolitanas de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Porto Alegre, Manaus e Brasília (IESS, 2015).

Segundo o IESS (2015), as principais razões para a posse de plano é a segurança de não depender do serviço público. Além disso, 3 entre 10 entrevistados citam que o possuem planos porque têm esse benefício oferecido pela empresa. Também se destaca a qualidade do atendimento dos planos, em contrapartida ao atendimento público.

No que se refere às taxas de satisfação, o maior grau de satisfação é observado entre mulheres, e entre os mais jovens. Idosos com mais de 65 anos é o grupo que menos recomendaria o atual plano ou seguro saúde. Da mesma forma, a recomendação é maior entre quem não precisou usar o plano nos últimos 12 meses. Grifo meu.

De um modo geral, os beneficiários apresentam opiniões favoráveis para a posse de plano de saúde. Grande parcela declara ter mais segurança no caso de doença ou acidente, que o plano é essencial, sobretudo para quem tem filhos pequenos (IESS, 2015).

Tabela 5.4 - Principais razões para ter um plano de saúde (Brasil, Mai/Jun 2015)

Motivação	Percentual
Segurança e respaldo com relação à saúde	44%
A saúde pública é precária, não quer depender dela	40%
Qualidade do atendimento dos Planos de Saúde	32%
Posse de plano empresarial (custo, preço da mensalidade, é coberto pelas empresas)	31%
Para ter respaldo em caso de emergência ou se precisar de uma consulta, internação, cirurgia	21%
Pode se consultar com maior rapidez	21%

Fonte: IESS - Instituto de Estudos da Saúde Suplementar.

Quanto a quem já teve plano de saúde, e perguntado por qual motivo deixou de ter, 54% responderam que saíram da empresa em que trabalhavam, ou perderam o direito de usar o plano da empresa; 21% afirmam não terem condições financeiras, e dentre outras respostas, apenas 2% alegaram ter tratamento de saúde gratuito pelo SUS (IESS, 2015). Grifo meu.

Relativamente aos ‘não-beneficiários’ de planos de saúde, a maioria nunca teve um plano, mas gostaria de ter, e valoriza a posse. 74% gostariam de ter posse de plano, sendo que a posse é mais valorizada entre os mais jovens: 86% deles valorizariam ter um plano de saúde (IESS, 2015). As Tabelas 5.5, e as Tabelas 5.6 e 5.7, apresentam essas intencionalidades em direção à saúde suplementar e suas motivações, segundo a classe social.

Tabela 5.5 - Desejo de afiliação a planos de saúde segundo a classe social (Brasil, Mai-Jun 2015)

	Classe social Opção		
	A/B	C	D/E
Gostaria de ter um plano	74%	75%	75%
Não gostaria de ter um plano	26%	25%	25%

Fonte: IESS - Instituto de Estudos da Saúde Suplementar. Elaboração própria

Tabela 5.6 - Importância de ter um plano de saúde (Brasil, MaiJun 2015)

importância	Classe social Grau de		
	A/B	C	D/E
Muito importante	53%	55%	50%
Importante	31%	32%	36%
Mais ou menos importante	7%	6%	8%
Pouco importante	6%	5%	3%
Nada importante	3%	2%	4%

Fonte: IESS - Instituto de Estudos da Saúde Suplementar. Elaboração própria

Tabela 5.7 - Principais razões para ter um plano de saúde (não beneficiários) (Brasil, Mai-Jun 2015)

Motivação	Percentual
Qualidade do atendimento dos planos de saúde (atendimento rápido, qualidade do atendimento, qualidade dos médicos, bons hospitais)	84%
Necessidade de acompanhamento médico	49%
A saúde pública é precária, não quer depender do SUS	30%
Por segurança, para sentir-se tranquilo em caso de doença	23%
Para ter respaldo em caso de emergência	15%

Fonte: IESS - Instituto de Estudos da Saúde Suplementar.

Assim, a insegurança no que se refere ao atendimento oferecido no SUS é o terceiro motivo frente ao desejo de afiliação a planos (segundo motivo para aqueles que possuem planos), com a alegação de que a saúde pública é precária, portanto, não se quer depender dela. O índice é de 40% entre aqueles que possuem planos, e de 30% entre os que não possuem. Desses últimos, apenas 2% alega não ter a posse porque a saúde pública é gratuita.

Outro ponto de destaque na pesquisa do IESS é que o desejo de ter um plano é praticamente igual em todas as classes, de A a E, em torno de 75%. No que se refere ao grau de importância atribuído à posse de um plano, há um cenário semelhante. Entre as classes C,

D/E, o grau atribuído é de 87% e 86%, respectivamente, enquanto para as classes A/B o grau é ligeiramente menor, 84%.

Ante todas esses achados e informações, os indícios que apontam o desejo pelo produto plano de saúde são robustos. Todavia resta ainda demonstrar que a classe trabalhadora organizada, alvo de nosso estudo, efetivamente deseja a cobertura de um esquema privado, financeirizado, para dar conta dos seus gastos assistenciais em saúde, o que será abordado no item a seguir.

2- A POSIÇÃO DOS TRABALHADORES NAS INSTÂNCIAS DE NEGOCIAÇÃO COLETIVA E A CONCERTAÇÃO NEOCORPORATIVA EM TORNO DOS PLANOS DE SAÚDE

2.1 Observação empírica da pauta reivindicatória dos trabalhadores em torno dos esquemas privados de atenção

Conforme exposto na Introdução (item Metodologia), esta tese também se sustenta em estudo empírico que utiliza a base de dados do Sistema de Acompanhamento de Contratações Coletivas (SACC), do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE).

Foram analisadas 2.516 cláusulas relacionadas à assistência à saúde do trabalhador, presentes em dissídios coletivos de 225 categorias de trabalhadores organizados, negociadas entre 1993 e 2012, ou seja, correspondem a 20 anos de observações relativamente às reivindicações de trabalhadores no que tange à assistência, em Acordos e Convenções Coletivas de Trabalho.

Considerado como o maior banco de dados sobre negociações coletivas no Brasil, o SACC/DIEESE alcança 18 unidades da Federação, e serve, dentre outras coisas, para constatar que o momento decisivo do vínculo sindical com a cobertura supletiva de saúde se dá nas mesas de negociação coletiva (Santos, 2014).

Com efeito, “a intensa presença sindical nesses acordos, e o fato de que as definições desta instância assumem força de lei, para todo um setor produtivo ou categoria trabalhista de uma empresa, entende-se que é possível problematizar as perspectivas que apontam a aquisição de “planos coletivos de saúde” como “exclusiva benesse patronal”, ou produto da imposição unilateral das burocracias públicas. Sendo verdade que a preocupação com o “absenteísmo dos trabalhadores para o processo produtivo” constitui parte do cálculo patronal em ofertar planos de saúde, não menos verdadeiras seriam as evidências do interesse sindical nesta questão” (Santos, 2014).

Os resultados dessa pesquisa encontram-se expressos nas tabelas que se seguem.

Amostras dos conteúdos das cláusulas encontram-se expressas no Apêndice deste trabalho.

Tabela 5.8 - Quantitativo total de cláusulas de assistência à saúde segundo a temática (DIEESE, 1993 a 2012)

PLANOS DE SAUDE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	1.421	56,5%
AUXILIOS DE SAÚDE SAÚDE OCUPACIONAL	425	16,9%
EM BRANCO/N. IDENTIF	291	11,6%
	185	7,4%
	194	7,7%
TOTAIS	2.516	100,0%

Fonte: SACC/DIEESE. Elaboração própria

Das 2.516 cláusulas relacionadas, 1421, 56,5% do total, referem-se a planos de saúde. Uma abordagem específica desse quesito será feita logo mais à frente.

Continuando, do total da amostra, 16,9% referem-se à assistência farmacêutica, em geral esse tipo de assistência é reembolsada parcialmente pelas empresas, quando a empresa não possui um dispensário de medicamentos em suas próprias instalações. Representa um desembolso direto, tanto dos empregadores, quanto dos trabalhadores.

Em seguida, o terceiro benefício mais negociado é o Auxílio de Saúde, normalmente relacionado ao empregado vítima de acidente do trabalho. Em geral, delibera-se nas

convenções ou acordos que a empresa arcará, em caso de acidente, com as despesas de internação, medicamentos, remoção, dentre outras, podendo o benefício ser extensivo aos acompanhantes. Esse benefício aparece em 11,6% da amostra.

No quesito Auxílio de Saúde aparece também a figura dos adiantamentos, para óculos, próteses diversas, tratamento odontológico, que, posteriormente, o empregado devolve ao empregador, de forma facilitada. Figura ainda, dentre as condições de Auxílio, a cobertura de planos de saúde por prazo determinado, geralmente para os casos de demissão sem justa causa.

Por fim foram classificadas como ‘Não Identificadas’ cerca de 194 cláusulas em branco, perfazendo 7,7% do total, comuns principalmente nos primeiros anos de construção do banco do DIEESE, entre 1993 e 1995. E ainda 185 cláusulas (7,4%) relacionadas à saúde ocupacional. Essas preveem avaliações permanentes das empresas sobre seus programas de saúde, a apresentação de relatórios sobre a situação da saúde laboral, dentre outros assuntos, conforme se demonstra no Apêndice, ao final deste trabalho.

A Tabela 5.9 expressa o quantitativo de cláusulas separadas segundo o provedor do serviço:

Tabela 4.9 - Quantitativo total de cláusulas de assistência à saúde segundo a provisão do serviço assistencial (DIEESE, 1993 a 2012)

OPERADORAS	869	34,5%
AUTOGESTÕES	313	12,4%
SINDICATOS	216	8,6%
REEMBOLSOS	23	0,9%
DESEMBOLSOS DIRETOS	716	28,5%
SAÚDE OCUPACIONAL	185	7,4%
<u>NÃO INDENTIFICADO</u>	<u>194</u>	<u>7,7%</u>
TOTAIS	2.516	100,0%

Fonte: SACC/DIEESE. Elaboração própria

Assim, no que tange à provisão do serviço, do total de 2.516 cláusulas, em 34,5% a provisão relaciona-se com as operadoras de saúde, 12,4% é de iniciativa das autogestões, 8,6% é de responsabilidade dos próprios sindicatos, que possuem serviços próprios, ou contratados de terceiros, dentre eles as operadoras de saúde, e 0,9% relaciona-se à reembolsos, quando a empresa não possui programa próprio, mas reembolsa os gastos diretos dos funcionários com saúde, conforme expressa a Tabela 5.9 da página anterior. Nesta tabela os desembolsos diretos correspondem ao somatório da assistência farmacêutica com os auxílios de saúde (28,5% da amostra), e o restante é correspondente com as cláusulas em branco e de saúde ocupacional.

Fazendo-se um recorte apenas da provisão relacionada a planos de saúde, o cenário é o seguinte, conforme demonstra a Tabela 5.10:

Tabela 5.10 - Planos de saúde segundo provedores do serviço

Entidade	Nº	Percentual
Operadoras	869	61%
Autogestões	313	22%
Sindicatos	216	15%
<u>Reembolsos</u>	<u>23</u>	<u>2%</u>
<u>Total</u>	<u>1.421</u>	<u>100%</u>

Fonte: SACC/DIEESE. Elaboração própria.

As operadoras lucrativas são, efetivamente, o principal prestador, presente em 61% das cláusulas.

Em seguida, ressalte-se a presença das autogestões como provedoras. Elas se originaram, predominantemente, no tempo do regime militar, quando o projeto de Estado-empresa definia uma gama de benefícios para os empregados das empresas estatais, benefícios esses geralmente generosos, o que é perceptível na amostra.

Posteriormente, a quase totalidade dessas empresas, que foram privatizadas, mantiveram as suas autogestões, de direito privado e reguladas pela ANS. Correspondem às empresas do setor de mineração, siderúrgico, telefonia e elétrico, principalmente.

Compõem ainda o segmento das autogestões aquelas entidades que continuaram com a participação estatal em seus capitais. Elas ainda mantêm suas autogestões, de direito privado, e reguladas pela ANS. São as empresas do setor petroquímico, de bancos e seguradoras, purificação de água e processamento de dados, principalmente.

Nestas autogestões, operantes na esfera da administração indireta do setor Governo, a empresa patrocinadora geralmente cobre 70% de todos os procedimentos, cabendo ao empregado 30%.

Em algumas delas são dispensados medicamentos de alto custo, situação a coexistir com a distribuição gratuita pelo SUS. Neste grupo há ocorrência de benefícios bastante generosos, como a disponibilização de UTI aérea, classificada como Auxílio de Saúde, pois no caso sob comento, tal iniciativa não seria coberta pela autogestão, mas paga diretamente pela empresa.

Em seguida, os sindicatos, em 15% dos casos analisados, também assumem a dianteira da assistência à saúde de seus afiliados. Os sindicatos possuem atuação destacada nos setores da construção civil e de transportes urbano de passageiros, principalmente.

No que concerne aos setores da economia, as cláusulas, segundo o setor de origem, encontram-se expressas na Tabela 5.11, a seguir:

Tabela 5.11 - Cláusulas de assistência à saúde presentes em Acordos e Convenções Coletivas segundo o setor econômico (DIEESE, 1993 a 2012)

PRIMÁRIO (Agric./Pec.)	8	0,3%
SECUNDÁRIO (INDÚSTRIA)	1.641	65,2%
TERCIÁRIO (COMERCIO E SERVIÇOS)	<u>867</u>	<u>34,5%</u>
<u>TOTAL</u>	<u>2.516</u>	

Fonte: SACC/DIEESE. Elaboração Própria

Diante dos dados, é pacífico afirmar que os planos de saúde são um subproduto do corporativismo histórico gestado na indústria, que a partir dos anos 2000 disseminou-se pelo setor serviços, já sob a égide do neocorporativismo. Assim, do total amostral, 65,2% das cláusulas originam-se do setor industrial, e 34,5% do setor terciário, que inclui o comércio e os serviços.

Do total geral da amostra de 2.516 cláusulas de saúde, apenas 0,3% estão classificadas no setor primário, isto é, agricultura e pecuária. São apenas 8 cláusulas, tão somente relacionadas à assistência farmacêutica. Com efeito, os planos de saúde parecem não ter chegado ao campo. A título de observação complementar, o DIEESE desenvolve atualmente um sistema de acompanhamento específico das negociações trabalhistas no campo.

No que se refere ao quantitativo de cláusulas de assistência médica pertencente às categorias, ou às empresas (acordos coletivos), distribui-se praticamente igual entre esses dois tipos: 50,2% relacionam-se às empresas, e 49,8% às categorias. Todavia, a diferença se faz sentir no quesito planos de saúde, formalmente negociados nas empresas (55,9%), e menos presentes nas categorias (44,1%). A tabela 5.12 apresenta essa distinção.

Tabela 5.12 - Cláusulas de saúde (total) e de planos de saúde discriminadas segundo Acordo ou Convenção Coletiva (DIEESE, 1993-2012)

ACORDOS COLETIVOS (EMPRESA)	1.263	50,2%
CONVENÇÕES COLETIVAS (CATEGORIA)	1.253	49,8%
Total	2.516	
PLANOS DE SAÚDE		
ACORDOS COLETIVOS (EMPRESA)	794	55,9%
CONVENÇÕES COLETIVAS (CATEGORIA)	627	44,1%
Total parcial (cláusulas específicas relacionadas a planos)	1.421	

Fonte: SACC/DIEESE. Elaboração Própria

Trata-se de um benefício hierarquicamente superior aos demais. Assim, os empregados das grandes empresas, com maior poder de barganha, conseguem mais esse tipo de benefício do que as categorias.

Com efeito, nas categorias a assistência farmacêutica ganha certa importância. Do total de 425 cláusulas prevendo convênio com farmácias, 64% pertencem às categorias, o que não quer dizer que as cláusulas assistenciais de planos de saúde não sejam predominantes nas categorias. Ao contrário, dentre as 1.253 cláusulas de saúde das categorias, 627 relacionam-se a planos de saúde, e 272 são específicas dos convênios com farmácias, para utilizar o jargão.

Pelo observado até o momento, os resultados deste estudo empírico corroboram as impressões imediatamente a seguir de Cardoso (1999), para quem existia um processo de diferenciação em curso no interior do próprio trabalhismo.

Segundo Cardoso (1999, p.29) “os ganhos crescentes obtidos pelos trabalhadores ao término do regime militar implicaram no acirramento das disparidades intra-classe, tendo-se como exemplo o Sindicato dos Metalúrgicos de São Paulo, eis que os acordos coletivos obtidos nas negociações com a FIESP indicavam que o sindicato conseguia mais das

empresas fortes do que das pequenas e médias, para quem valiam os acordos oficiais, assim, o sindicato não conseguia universalizar os ganhos no interior da sua própria categoria”.

Nesses termos, no que se refere à nossa investigação, os empregados de empresas que possuem autogestões coordenando a sua saúde ocupacional encontram-se melhor posicionados que aqueles cujos empregadores garantem a provisão assistencial por meio de operadoras lucrativas.

Por seu turno, as grandes corporações empresariais, cujas negociações são consubstanciadas nos acordos coletivos, possuem uma gama de benefícios mais favoráveis a seus trabalhadores do que aqueles negociados no âmbito das convenções coletivas de trabalho, ou seja, das categorias.

Essa diferenciação em torno de uma assistência fragmentada tem origem no regime militar, senão antes, ainda em 1930, conforme evidenciado noutros momentos desta tese (Santos, 1979; Cohn, 1980; Costa, 1995[1996]). Assim, no cenário por ora avaliado, verifica-se, incontestavelmente, uma disparidade entre os benefícios obtidos pelos trabalhadores nos Acordos Coletivos relativamente ao obtido por aquelas das categorias, segundo as Convenções Coletivas, sendo ainda evidente que as autogestões possuem as melhores coberturas do que as demais formas de organização da provisão da assistencial.

Vale destacar que os acordos são firmados entre trabalhadores, sindicatos e uma empresa específica. Já as convenções abrangem o pactuado entre as empresas, trabalhadores e sindicatos de uma mesma categoria.

Há ainda evidências de padrões de diferenciação perceptíveis quando se averigua o contido nas coberturas contratadas nos planos de saúde das corporações e das categorias. Há os mais generosos, a coexistir com aqueles de padrão básico. A Tabela 5.13 logo em seguida

apresenta o conteúdo nas 1.421 cláusulas relacionadas com planos de saúde, que correspondem a 56,5% do total amostral.

A referida tabela apresenta os dados discriminados segundo o alcance e destinação da cláusula: se o conteúdo trata do custeio do plano, se é plano de saúde para os ativos, para os ativos e dependentes, se para aposentados, ou para todas essas vinculações. Assim, a Tabela 5.13 apresenta o recorte dessas cláusulas segundo o tipo de contratação, se por intermédio de acordo coletivo, ou convenção coletiva.

Tabela 5.13 – Conteúdo principal das cláusulas de planos de Saúde segundo os acordos coletivos e convenções coletivas de trabalho; discriminado segundo o custeio e a destinação/favorecido (DIEESE, 1993-2012)

Segmentação/cláusulas	Tipos de acordo			
	Acordos Coletivos		Convenções coletivas	
CUSTEIO	269	33,9%	367	58,5%
ATIVOS E DEPENDENTES	360	45,3%	125	19,9%
ATIVOS	59	7,4%	102	16,3%
APOSENTADOS	26	3,3%	11	1,8%
TODOS OS VÍNCULOS	80	10,1%	22	3,5%
SOMA	794	100%	627	100%

Fonte: SACC/DIEESE

Com efeito, a Tabela 5.13 oferece indícios da diferenciação dos benefícios no interior da própria classe trabalhadora. O custeio do plano é a grande preocupação contida nas cláusulas de planos de saúde das categorias, enquanto isso perde importância nas cláusulas negociadas no âmbito dos acordos coletivos, podendo-se inferir que o financiamento do plano é cristalizado nas grandes empresas, que efetivamente estão à frente dos Acordos Coletivos.

Contudo, a diferenciação emerge de forma inconteste quando o benefício é estendido aos dependentes do empregado. Nos acordos, esse tipo de plano abrange 45,3% das 794 cláusulas, enquanto nas categorias esse benefício restringe-se a 19,9% do total das 627 cláusulas.

O mesmo ocorre com os planos de saúde extensíveis aos aposentados. No âmbito das empresas e de seus acordos coletivos, as cláusulas que tratam especificamente dos aposentados representam apenas 3,3%, enquanto nas categorias esse número é ainda menor: 1,8%.

A bem da verdade, nas empresas, no curso do tratamento dos dados, foi comum observar, no conteúdo das cláusulas, a menção à cobertura de aposentados combinada com as demais categorias de empregados, por isso a existência da classificação metodológica “Todos os vínculos”, que objetivou captar a menção a esse beneficiário, geralmente idoso.

Não obstante, o resultado, relativamente às observações referentes ao aposentado decepcionam. Nos acordos coletivos, “todos os vínculos” corresponde a 10,1% das cláusulas de planos, ante 3,5% nas negociações das categorias. Se somarmos os quesitos “aposentados” com “todos os vínculos”, nas duas situações, verificaremos que os aposentados aparecem em 13,4% das cláusulas de planos, no âmbito dos acordos coletivos (segundo empresa), contra apenas 5,3% nas categorias.

Dentre as cláusulas que estendem a cobertura supletiva aos aposentados, reunidas no Apêndice, é possível identificar que a assistência concedida tem prazo certo, ônus integral, além de outras exigibilidades, sendo, no entanto, mais inclusivos nas empresas públicas.

Com efeito, os empregados quando se aposentam não raro deixam de ser prioridade para a vasta maioria dos negócios. No mercado, não há generosidade possível em direção àqueles que não pertencem mais ao time da produção. Destarte, emerge mais uma iniquidade produzida pelos esquemas de assistência de financiamento privado, que, no Brasil, negligenciam o empregado que contribuiu para a história da produção.

Ademais, não pode mesmo ser considerado surpreendente que a esmagadora maioria do empresariado não promova ações solidárias dirigidas ao aposentado. Os capitalistas

apoiam o Estado do Bem-Estar Social por conta disso: transfere-se o problema da esfera microeconômica para a macro política. Trata-se, portanto, de um problema de Estado, sendo certo que o Estado do Bem-Estar Social foi concebido para esse fim, contornar as situações de dependência, e manter a ordem, quando o mercado *per se* não consegue dar conta das questões sociais.

Esse tipo de seleção de risco, até o presente, seria inimaginável nos esquemas coletivistas de assistência à saúde. Assim, para a grande maioria dos aposentados, o SUS, senão já o é, ainda será o prestador de última instância. E este indivíduo que se aposenta, geralmente com mais idade, é o que apresenta os custos assistenciais mais expressivos, o que cria mais constrangimentos para o já comprometido orçamento da saúde pública.

Sendo certo que futuramente muitos dos aposentados possivelmente ainda serão expulsos da cobertura supletiva, por absoluta incapacidade financeira de arcarem com seus prêmios de seguros em elevação, que, tornar-se-ão impagáveis para muitos, tema a ser problematizado no capítulo final desta tese.

Frente a essa situação, é evidente que no Brasil os aposentados não encontram guarida assistencial segura, consistente, qualitativa, no modelo duplicado que os próprios trabalhadores brasileiros contribuíram para sustentar desde os anos 1980. Um modelo de seguridade claudicante, conforme debatido no Capítulo 4 desta tese.

Como complicador, o prestador assistencial de última instância, o SUS, é ainda um sistema cronicamente subfinanciado, racionado e de qualidade irregular. Este trabalho prescinde de uma perspectiva científica para identificar que no Brasil pode haver um SUS muito qualitativo, o qual convive com um SUS muito precário. Tampouco, e por isso mesmo, não constitui novidade o elevado nível de incerteza, muitas vezes superdimensionado, gerado nos indivíduos expostos à cobertura assistencial coletiva e universal.

Dessa forma, não fora por acaso que a pesquisa IESS/Ibope, de 2015, cujos resultados foram apresentados no item 4.2, identificara, entre os detentores de planos de saúde, uma das principais motivações de sua demanda: 40% destes considera que “a saúde pública é precária, não quer depender dela”. Preocupa, ainda, o fato de que 30% dos não-beneficiários de planos expressaram a mesma opinião. E desses não-beneficiários, apenas 2% afirmara que não precisaria de planos de saúde, porque o SUS é gratuito.

Para concluir esta parte, conforme visto logo no início deste capítulo, a interpretação da pesquisa IESS/Ibope identificou que o brasileiro de todas as classes sociais deseja a posse de um plano de saúde, segundo as variadas razões ali apresentadas.

Em seguida, o resultado da pesquisa empírica em torno do banco de dados do DIEESE, tratado aqui neste item, pôde confirmar que os planos de saúde são destaque na pauta reivindicatória de muitas categorias de trabalhadores, o que é bastante para identificar os trabalhadores organizados de forma incontestante com os planos de saúde, à luz dos resultados ora apresentados.

Da mesma forma os trabalhadores do setor Governo, atuantes na administração direta da União, desejam e mantêm planos de saúde patrocinados pelo Estado.

Cumprir observar que o banco de dados do DIEESE traz a vinculação de empregados do setor Governo, isto é, das estatais, empresas públicas ou de economia mista, atuantes na administração indireta da União. Contudo, a avaliação dos dados da cobertura supletiva à saúde na administração direta poderá ser verificada a seguir.

2.2 – ANEXO

Cláusulas de Saúde presentes em Acordos e Convenções Coletivas segundo os variados interesses temáticos dos trabalhadores (DIEESE, 1993 a 2012)

Assistência Farmacêutica

Cláusula nº 12, ACT de 1997, trabalhadores de multinacional do setor alimentos – SP: “A empresa concederá a todos os seus empregados uma bonificação na compra de medicamentos, cujo percentual vincula-se ao salário respectivo, conforme escala: até 5 salários mínimos 90%; de 5 a 15 salários mínimos 75%; de 15 a 20 salários mínimos 55%; de 20 a 30 salários mínimos 35%.”

Cláusula nº 91, CCT de 1993, metalúrgicos das montadoras do setor automobilístico

ABC/SP: “As empresas, sempre que possível, estabelecerão convênio com farmácias e drogarias para aquisição de remédios pelos seus empregados”.

Auxílio de Saúde

Cláusula nº 12, ACT de 1996, papelheiros de empresa de papel e celulose – BA: “A XXX concederá um empréstimo social por ano, para tratamento odontológico de seus empregados e dependentes, que será concedido mensalmente para até 10% do efetivo de pessoal distribuídos proporcionalmente entre as áreas”.

Cláusula nº 41, ACT de 2005, bancários de empresa federal de capital misto: “Aos funcionários empossados a partir de 12/01/1998 será assegurado o acesso aos recursos do programa de Assistência Social, sob a forma de adiantamento, para tratamento psicoterápico relativo a 50% do valor estipulado na Tabela geral de Auxílio da XXX, condicionado ao esgotamento do limite de 200 sessões individuais disponibilizados ao associado da XXX”.

Cláusula nº 18, CCT de 2012, vigilantes – DF: “Fica convencionado que as empresas para fins de custeio assistencial e odontológico aos seus empregados, repassarão o valor de R\$ 7,00 mensalmente para o sindicato laboral por cada empregado contratado, a ser pago até o 20º dia do mês subsequente”.

Cláusula nº 26, CCT de 2012, metroviários – RJ: “Para aqueles empregados que no ato da demissão, sem justa causa, comprovem que são portadores de doenças crônicas: mio cardiopatia grave, neoplasias, mal de Alzheimer, esclerose múltipla, esclerose em placa, insuficiência renal crônica terminal, AIDS e mal de Parkinson, será mantido, e arcando a empresa com o custo total, da mesma modalidade do plano de saúde que possuir o empregado demitido, excluindo seus dependentes, por 24 meses”.

Saúde Ocupacional

Cláusula nº 52, CCT de 2000, metalúrgicos (XIX-III) - ABC/SP: As empresas não exigirão prévia requisição de guia para encaminhamento do empregado ao convênio médico, quando este necessitar de atendimento de urgência.

Cláusula nº 44, CCT de 2005, empregados empresas de telemarketing – SP: A empresa manterá convênios com clínica médica nas proximidades dos locais de trabalho, para atendimento preferencial de seus empregados. Pag119

Cláusula nº 19, ACT de 2008, eletricitários de empresa de energia – RJ: “A XXX se compromete com o aperfeiçoamento do Plano de Saúde oferecido ao seu quadro funcional mediante melhor divulgação dos esforços despendidos para ampliação da rede conveniada, assim como dos programas de prevenção da saúde e para a qualidade de vida agendados e, ainda, através da implementação de procedimentos internos de comunicação entre a empresa e os usuários, com sugestões e críticas, assegurada a resposta através da Gerência de Segurança e Medicina Ocupacional, visando propiciar aos mesmos participação e acompanhamento no desenvolvimento do plano”.

Plano de Saúde - Autogestões

Cláusula nº 80, ACT de 2011, empresa de economia mista federal

“A companhia compromete-se em estudar modelos de atendimento e suporte aos pacientes idosos em instituições de longa permanência, tais como asilos, abrigos, lar, casa de idosos ou casa de repouso, assim como clínica geriátricas e clínicas e hospitais para idosos ou pacientes crônicos dependentes, disponibilizando como uma nova forma de cobertura assistencial aos beneficiários da AMS, com comprovada competência estrutural e assistencial”.

Cláusula nº 28, ACT de 2004, empresa setor financeiro – empresa pública federal: A XXX assegurará assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica, fonoaudiológica, fisioterápica, de serviços sociais e medicina alternativa reconhecidos pelo ministério da Saúde, aos seus empregados e respectivos dependentes, com participação contributiva mensal dos empregados (30%) e da XXX (70%). O titular do Saúde XXX (empregado ativo, aposentado e titular de pensão) contribuirá com mensalidade no valor de 2% da remuneração base.

Cláusula nº 10, ACT de 2007, autogestão de empresa privada do setor extrativista mineral – MG: "10.2.4. Atendimento Odontológico. A XXX participará nesse tipo de tratamento em 65%, no regime de credenciamento. 10.2.4.1. A XXX manterá o credenciamento de dentistas

com especialidade em implante dentário.10.2.5. Transplante de ÓrgãosA XXX, no regime de credenciamento, custeará em 99% as despesas hospitalares incorridas pelo doador externo (não empregado ou não dependente do mesmo), por ocasião da doação de órgão a empregado ou a seu dependente. (...) As despesas relativas a procedimentos de litotripsia extracorpórea e ultra-sônica (tratamento de cálculo renal), tomografia computadorizada, hemodinâmica, ressonância magnética, quando realizadas em regime de credenciamento, terão a participação da XXX estabelecida em 85%, exceto quando realizadas em regime de internação hospitalar, situação em que a participação da empresa nas despesas será de 99%. 10.2.6.2. Nas despesas relativas a procedimentos de quimioterapia e radioterapia, no tratamento de câncer, e hemodiálise, todas no regime de credenciamento, a participação da empresa será de 99%. 10.2.7. Tratamento Fonoaudiológico; 10.2.7.1. A XXX renovará o tratamento fonoaudiológico, no regime de credenciamento, observados os seguintes percentuais em relação à participação da Companhia nas despesas efetuadas (...) A XXX considerará o cônjuge e, nos termos de seu regulamento, o (a) companheiro(a), inclusive do mesmo sexo, como dependente do empregado para efeitos de assistência médica supletiva, independentemente da data de admissão do mesmo na empresa e da renda percebida. 10.4 Medicamentos Genéricos: A XXX cobrirá despesas com os medicamentos abrangidos pela Instrução DEHA 011/98 e também seus respectivos genéricos. 10.5. Medicamentos Especiais: A XXX tentará adquirir, diretamente de laboratórios, medicamentos não comercializados em farmácias, inclusive aqueles utilizados no tratamento da AIDS. A participação da empresa nessa despesa será de 60%. 10.6. AIDS 10.6.1. A XXX assumirá integralmente os custos do exame de detecção do vírus da AIDS, quando solicitado pelo empregado ao médico da empresa e realizado na rede de laboratórios indicados pela XXX. (...)

Cláusula nº 40, ACT de 2008, setor financeiro – empresa de economia mista

“A todos os funcionários serão assegurados acesso aos recursos do Programa de Assistência Social para os seguintes eventos: (...) c) assistência e dependentes com deficiência; d) enfermagem especial; e) hormônio do crescimento; f) deslocamento para tratamento de saúde no país; g) deslocamento para tratamento de saúde no exterior; h) deslocamento para doação e recepção de órgãos e transplantes; (...) j) remoção em UTI móvel ou taxi aéreo; k) controle do tabagismo”.

Plano de Saúde - Sindicatos

Cláusula nº 12, CCT de 2004, asseio e conservação – PR: “As empresas contribuirão para manutenção em favor de seus empregados, associados ou não, para os sindicatos

profissionais que manterão um plano básico de assistência médica, no qual as empresas pagarão ao sindicato profissional respectivo, o valor de R\$ 15,00 por empregado, responsabilizando-se o sindicato assistência por consultas médicas”.

Cláusula nº 7, CCT de 1994, construção civil – SP: "As empresas representadas e integrantes da categoria do SINDUSCON-SP, são obrigadas a recolher mensalmente, a contribuição de 1% do valor bruto das folhas de pagamento de seus empregados, em favor do Serviço Social da Indústria da Construção e do Mobiliário do Estado de São Paulo - SECONCI/SP. Em decorrência desta contribuição, fica assegurada às empresas, assistência médico-ambulatorial aos seus empregados e respectivos dependentes”.

Plano de Saúde – Financiamento (Custeio)

Cláusula nº 16, CCT de 2001, limpeza urbana – SP: “As empresas proporcionarão convênios médico-hospitalar aos seus empregados e dependentes legais, definidos na legislação previdenciária, nos moldes conveniados praticados pelo mercado, chamados de plano estandar. O empregado, optante pelo convênio, pagará 2% do seu salário, através de desconto na folha de pagamento, para participar do convênio, e mais 2% por dependente, limitado o desconto total em 8% do seu salário base mensal”.

Plano de Saúde – Aposentados

Cláusula nº 7, CCT de 2006, transporte coletivo urbano de passageiros - Goiânia/GO: “Ao empregado participante que for demitido sem justa causa ou que for aposentado, inclusive por invalidez, poderá optar por se manter no Plano de Saúde, com seus dependentes, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava na fase laborativa, desde que assumo o pagamento integral”.

Cláusula nº 23, CCT de 2007, comércio GLP – SP: “As Empresas manterão convênio de Assistência Médica, para os atuais empregados aposentados, ainda em atividade, ou que vierem a se aposentar. A manutenção da citada Assistência Médica, extensiva aos seus atuais dependentes legais, nos mesmos padrões patrocinados aos seus empregados em atividade, terá duração de 02 anos. § 1º - O aposentado que venha a desenvolver qualquer atividade remunerada, ou que mudar seu domicílio para outra região, onde não exista atendimento da empresa de assistência médica, perderá o direito ao referido benefício”.

Cláusula nº 33, ACT de 1998, empresa de cimento de MG: “Fica assegurado aos trabalhadores que se aposentarem ao término do contrato de trabalho na Empresa e que

tenham nela trabalhado por um período mínimo de 3 anos, assistência médica/odontológica pelo prazo de 4 meses”.

Cláusula nº 11, ACT de 2012, empresa pública federal: “A xxx oferecerá serviço de assistência médica, hospitalar e odontológica aos empregados ativos, aposentados na xxx com no mínimo 10 anos de serviços contínuos, bem como aos dependentes”.

Plano de Saúde – Cláusulas de Reciprocidade

Cláusula nº 5, ACT de 2011, empresa multinacional do ramo de borrachas – SP: “As partes esclarecem que desde a implantação via Acordo Coletivo de Trabalho, na Empresa, da jornada de 8 horas para turnos ininterruptos de revezamento, vem sendo em reciprocidade, concedido aos trabalhadores vantagens remuneratórias e de benefícios, tais como: Pagamento de auxílio farmácia de 90% sobre valor dos remédios genéricos e 50% sobre o valor dos remédios normais, fornecimento de plano de assistência médica, entre outros”.

Cláusula nº 28, ACT de 2011, empresa multinacional do ramo de borrachas – SP: “Para os empregados que trabalharem em turno de revezamento, em reciprocidade, será concedido aos trabalhadores vantagens remuneratórias e benefícios, tais como: fornecimento de plano de assistência médica, fornecimento de plano de assistência odontológica, entre outros”.

Plano de Saúde – Condicionalidades e Instabilidade

Cláusula nº 18, CCT de 2008 e 2010, têxteis-PE: "As empresas se obrigam a manter assistência médica, hospitalar e dentária, inclusive em exames, radiografias, etc, nos moldes atualmente praticados.§ Único: As partes acordam que, havendo mudança na legislação dos planos de saúde, a qual inviabilize a manutenção desta cláusula, se reunirão para negociar alternativas para a mesma."

Cláusula nº 45, CCT de 2008, metalúrgicos setor eletroeletrônico de Manaus-AM: As empresas abrangidas por esta CCT, enquanto mantida a atual política de incentivos fiscais, concederão Assistência Médica a seus Empregados e dependentes respectivos, esses assim considerados de acordo com as normas da Previdência Social, a um custo simbólico.

Cláusula nº 10, ACT de 2010, empresa de telemarketing-PR: A empresa manterá plano de assistência médica arcando com 50% da mensalidade no plano básico, podendo esse optar pelo plano superior, arcando com a diferença. A empresa reserva-se o direito de substituir o plano de saúde a qualquer tempo caso não tenha recursos financeiros para sua manutenção.

Plano de Saúde – Livre Opção do Empregado

Cláusula nº 19, CCT de 2009, refeições coletivas – SP: "As empresas concederão, obrigatoriamente, Assistência Médica Hospitalar aos seus empregados e dependentes legais. § 1º - Fica facultado ao empregado, optar ou não pela sua inclusão no Plano de Assistência Médica. § 2º - Para manutenção do Plano de Assistência Médica as empresas poderão solicitar a participação financeira do empregado, ficando consignado o teto de, no máximo, 30% do custo mensal do plano adotado pela empresa. "

Cláusula nº 42, CCT de 2010, químicos do ABC-SP: As empresas que mantêm convênios de assistência médica, hospitalar ou odontológica permitirão que os empregados possam declinar expressamente do direito de uso para si e dependentes. Caso o empregado queira retornar ao plano deverá se submeter às condições contratuais constantes dos mesmos.

Cláusula nº 11, ACT de 1996, fumageiros empregados de multinacional-RS: A empresa concederá, durante a vigência deste acordo, assistência médico-hospitalar a seus empregados contratados por prazo indeterminado e dependentes. Fica convencionado, porém, que a assistência médico-hospitalar ficará subordinada às condições e limites previamente estabelecidos pela empresa e terá caráter opcional e o empregado contribuirá, a título de participação, com importância mensal de R\$9,54 por usuário, até o limite máximo de R\$38,16 mensais.”

Cláusula nº 39, CCT de 1996, gráficos – RS: “As empresas com mais de 100 empregados deverão firmar convênios com prestadores de serviços médicos e odontológicos para assistência a seus empregados e dependentes sem ônus para os mesmos. Tal obrigação, em relação à assistência médica, limita-se a consultas e atendimento ambulatorial, em relação aos serviços odontológicos, limita-se a obturações e extrações”.

Cláusula nº 19, CCT de 2009, alimentação/panificação – SP: "As empresas pertencentes ao setor econômico abrangido pelo Sindicato das Indústrias de Panificação e Confeitaria de São Paulo, vinculadas a essa Convenção Coletiva, obrigam-se a subsidiar o convênio médico, plano de saúde ou equivalente, para os seus empregados (não abrangendo dependentes), com opção facultativa por parte do empregado, a ser concretizado durante a vigência da presente CCT. a) O custeio do Plano de Saúde, para as empresas que contém com até 40 empregados, será suportado a razão de 70% pelo empregado e de 30% pelo empregador. b) Para as empresas que tenham contratado à partir de 41 empregados a proporção de custeio de 60% para o empregado e 40% para o empregador. c) Fica estabelecido um limite máximo para a contratação do convênio médico de R\$ 55,00, para os termos de atendimento desta CCT”.

Fonte: SACC/DIEESE.

