



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Ocké-Reis, Carlos Octávio

O mercado de planos de saúde: o problema vira solução?

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 13, núm. 5, setembro-outubro, 2008, pp. 1398-1408

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013503>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O mercado de planos de saúde: o problema vira solução?

The private health insurance market:
did the problem become a solution?

Carlos Octávio Ocké-Reis^{1,2}

Para dialogar com a professora Ligia Bahia, o presente artigo pretende refletir a respeito da concepção de que o domínio privado ocupa funções de Estado e subtrai a natureza pública do Sistema Único de Saúde (SUS). Em particular, queremos discutir se a estrutura e a dinâmica do mercado de planos de saúde impediriam a radicalização das diretrizes da Constituição de 1988, no tocante à universalidade e à unicidade do sistema público de saúde.

Se, no plano ideológico, é plausível constatar uma tendência à privatização – considerando o nível dos gastos privados das famílias, os obstáculos imediatos para a universalização da oferta de bens e serviços do SUS, bem como o paralelismo do subsistema privado – nas atuais circunstâncias históricas, a disputa pela hegemonia dos pressupostos da Constituição de 1988 precisa ser mediada, caso se queira refrear o crescimento do teor mercantil das relações do setor. Afinal de contas, ***os princípios da universalização, da igualdade, da descentralização, do controle social, do acesso aos serviços (entre outros), apesar de alguns avanços, estão longe de terem sido alcançados***¹.

Nessa linha, um balanço realista do SUS se impõe de modo a fortalecer a sua institucionalidade, criticando-se, por exemplo, as práticas patrimonialistas do mercado. Assim, quer-se, de um lado, negar o SUS da “não-universalidade” e da “não-unicidade”, para que ele não negue si mesmo enquanto direito social; de outro, quer-se evitar que as contradições do mercado (custos e preços crescentes, exclusão de cobertura, seleção de risco, baixa remuneração dos prestadores, dupla militância dos médicos, contratos ineficientes, fraudes, etc.) sejam absorvidas passivamente pelo sistema público.

À sua maneira, o artigo da professora Bahia ilumina, enfrenta e denuncia esta “passividade”, reforçando um debate central na conjuntura quanto à necessidade de explicitar as “transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde”. A autora descreve os amplos mecanismos e subsídios (utilização da alta complexidade do SUS, clientela de funcionários públicos, renúncia de arrecadação fiscal e isenção previdenciária) que favorecem o setor

privado, processo decorrente, no fundo, da lógica de acumulação dos planos assentada no padrão de financiamento público. Além do mais, chama-nos a atenção para analisar o “rebaixamento do SUS à mera condição de comprador de serviços” e “a naturalização das assimetrias de cobertura, acesso e utilização” no bojo das relações contraditórias entre o público e o privado; tais observações precisam ser tomadas em conta, sob pena de esta lacuna intelectual impedirmos de verificar as vantagens alocativas dos sistemas universais.

Marcado pelo neoliberalismo, por uma pesada dívida pública e pelo descenso da luta social, o preenchimento desse espaço vazio constitui um significativo desafio teórico e prático – em especial, no que se refere à relação público e privado e à auto-suficiência do setor². Parece oportuno, assim, construir um consenso acerca do papel da “saúde suplementar” no terreno da reforma sanitária³, cuja nova agenda de reforma aponte para a regulamentação de uma atividade privada de interesse público articulada ao regime de concessão de serviços públicos – mudando democraticamente as normas que designam a assistência à saúde como livre à iniciativa privada (artigo 199 da Constituição Federal e artigo 21 da Lei nº 8.080).

O nó a ser desatado é que o SUS não tem hoje condições de oferecer alternativa à natureza privada da cobertura da força de trabalho dos trabalhadores do núcleo dinâmico da economia e do Estado, os quais, por sua vez, representam setores da sociedade, em maior ou menor grau, com “voz, voto, mídia e dinheiro”. Se assistimos à cristalização do fenômeno que ficou conhecido como universalização excludente⁴, cabe questionar e reverter a escassez da oferta e a baixa qualidade do SUS, que foram fatores resultantes do desfinanciamento crônico do Estado e das políticas de saúde, para não falar dos incentivos econômicos que vêm patrocinando historicamente os planos de saúde.

Esses incentivos acabam revelando uma relação estrutural entre o Estado e o mercado, uma “dependência” econômica dos planos de saúde quanto ao financiamento público, embora esta conexão ganhe novos parâmetros com a recente

¹ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. carlos.octavio@ipea.gov.br

² Agência Nacional de Saúde Suplementar. carlos.octavio@ans.gov.br

consolidação do capital financeiro e a acelerada concentração do setor. Nesse quadro, dado o padrão financeiro e oligopolista de competição, uma agenda, como a proposta por Bahia, que pretende fazer a “revisão das transferências de recursos públicos”, não deveria postular o equilíbrio entre os agentes, o que só serviria de pretexto para favorecer os mais fortes no processo de competição. A rigor, tal revisão deveria vir *pari passu* ao ajustamento do mercado de planos de saúde executado com autonomia e força política pelo Estado, pois detém recursos essenciais para sua lógica de reprodução.

De que maneira, entretanto, contrapesar o poder econômico, cuja dinâmica pode gerar efeitos negativos sobre o SUS, tendo como eixo de intervenção os preceitos normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em defesa do consumidor, da concorrência regulada, da qualidade da atenção médica e do interesse público?

Do ângulo do setor público, essa “revisão” pressupõe a melhoria do financiamento, da gestão e da qualidade do SUS, onde a adoção dos critérios de eficiência e efetividade⁵ não sirva de base para a redução de recursos financeiros ou organizacionais – podendo exigir, pelo contrário, a expansão dos dispêndios – e a organização das filas não seja confundida com o racionamento do acesso e da utilização e sim racionalização. Ou, ainda, implica criar bases institucionais para um certo capitalismo de Estado na área, cujo fomento ao complexo produtivo⁶ impulse a cadeia keynesiana, gerando renda, produto, emprego e inovação tecnológica, e engendrando, a um só tempo, uma oferta hospitalar estatal que atenda as exigências de saúde da população em oposição às demandas mercadológicas do complexo médico-industrial, além de promover o desenvolvimento sustentado, ao induzir o crescimento econômico e reduzir as desigualdades sociais.

Diante do mercado de planos de saúde, essa “revisão” pressupõe compreender a natureza da sua articulação econômica com o Estado. Com o predomínio de relações mercantis, o Estado agiria para favorecer as condições de rentabilidade das “operadoras” por meio do fundo público, resolvendo, em parte, a pressão dos custos e preços crescentes – pois, sob uma óptica capitalista, sem o aporte dos subsídios, os planos de saúde ficariam fragilizados. Mais importante é notar que o Estado funciona de tal modo, porque se trata de socializar o custo de reprodução da força de trabalho, em especial dos trabalhadores do mercado formal de trabalho, parcela social e politicamente importante da População Econo-

micamente Ativa (PEA). Assim, a renúncia de arrecadação fiscal constitui um mecanismo de cunho liberal que permite conferir legitimidade às políticas de saúde, com implicações diretas sobre o exercício do poder governamental. Desse modo, o Estado seria estruturalmente prisioneiro do seguinte dilema: ou estatiza-publiciza o sistema (radicalizando seu papel intervencionista) ou mantém a forma privada de atividades socialmente importantes, aplicando mecanismos de subvenção estatal (incentivos governamentais)⁷.

No contexto do mercado de serviços de saúde, sem descartar a possibilidade de reinventar o seguro social bismarkiano ou a de aplicar um modelo canadense híbrido (*single-payer* associado a formas privadas de custeio), uma inovação repousaria na criação de um tipo de propriedade privada de interesse público, em direção a novos modos de intermediação do financiamento dos serviços privados. Essa mediação passaria pela constituição de empresas-modelo, aliada a um forte ativismo das políticas de Estado⁸.

Posto isto, visando fortalecer o “papel intervencionista” do Estado na atual correlação de forças e não sendo possível reinventar o sistema de saúde fora das relações de mercado e de suas tendências à exclusão, devemos cobrar, ao menos, que o Estado use seu poder oligopsônico (de compra) como instrumento de relativização do poder do capital nessa esfera, em sinergia com aquelas “operadoras” que possam servir de farol na regulação de preços, na padronização da cobertura, na melhoria da qualidade da atenção médica, na implantação de arranjos organizacionais solidários (subsídios cruzados) e, sobretudo, com as que cumpram as metas clínicas e epidemiológicas definidas pelo Ministério da Saúde (empresas-modelo constituídas a partir dos modelos de autogestão pública, do associativismo e mesmo dos planos dos hospitais filantrópicos⁹).

Em linha paralela à reflexão exposta acima, Sérgio Arouca¹⁰ queria discutir com empresários e sindicatos a possibilidade de o SUS substituir os planos de saúde na cobertura dos serviços médicos dos empregados, a qual passaria a receber recursos direto dos empregadores. Sem desconhecer os problemas relativos à estratificação de clientela, sua idéia era trazer os trabalhadores e a classe média para o SUS: “Não estamos interessados no dinheiro. Afinal, esses grupos seriam capazes de exercer uma pressão constante para melhorar a qualidade do serviço e a humanização do atendimento do SUS”.

Ora, se é irrealista propor medidas em que se desconhecem o papel e a pujança econômica do

mercado de planos no sistema de saúde brasileiro, seria preciso esclarecer qual é a sua função social à luz do direito de cidadania, como reza a Constituição. Afinal, não faz sentido forçar o espírito da concorrência em contextos nos quais o de solidariedade tende a prevalecer, como é o caso de alguns serviços sociais essenciais¹¹.

Concordo com Bahia que “temos excelentes razões para aprimorar as informações, as concepções e o conhecimento sobre as relações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro”; contudo, não se pode desconhecer que tal aprimoramento é uma condição necessária, mas não suficiente, para o pensamento crítico transformar esse conhecimento matizado pela saúde coletiva em movimento político concreto¹².

Por isso, em um quadro de pobreza absoluta, de desigualdade, de baixos níveis educacionais e culturais e de violência social, precisamos nos posicionar diante dos setores sociais mais prejudicados por essa relação estabelecida entre o padrão de financiamento público e o mercado de planos de saúde no Brasil. O Estado não consegue responder aos problemas decorrentes da precária cobertura pública da atenção médica em um quadro de restrição orçamentária, impedindo o indispensável fortalecimento do SUS e deixando espaço para a atuação do mercado oligopolista. Por sua vez, o mercado de planos de saúde apresenta uma trajetória de custos crescentes no contexto de baixos salários da economia brasileira, exigindo a ampliação de subsídios regressivos e expulsando a clientela de alto risco, sem que haja planejamento prévio do SUS.

Ao final de seu belo trabalho, Lígia Bahia reivindica que o “direito à saúde seja viabilizado por um SUS universal e de qualidade”. Tendo essa perspectiva como horizonte e fazendo a necessária ponderação política, restaria saber em que medida o Estado detém condições para subordinar o mercado às diretrizes das políticas de saúde com base no interesse público e quais seriam os segmentos privados que aceitariam mais facilmente internalizar esse tipo de função social requerida àquelas atividades mercantis empreendidas no setor saúde, sem trocadilhos, vitais para a sociedade brasileira.

A reforma pública das instituições do mercado poderia indicar um caminho alternativo para o fortalecimento do bloco histórico em defesa do SUS. Quem sabe assim, destinando um papel tão-somente – e de fato – suplementar aos planos privados de saúde.

Referências

1. Temporão JG. O mercado privado de vacinas no Brasil: a mercantilização no espaço da prevenção. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(5):1323-1339.
2. Santos FP. A *regulação pública da saúde no Brasil: o caso da saúde complementar* [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas; 2006.
3. Fleury S, Amarante P, Bahia L, organizadores. *Saúde em debate: fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES; 2007.
4. Faveret Filho P, Oliveira P. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *DADOS* 1990; 33(2):257-283.
5. Marinho A, Façanha LOF. *Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação*. Rio de Janeiro: IPEA; 2001. [texto para discussão nº 787].
6. Gadelha CAG. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(N Esp):11-23.
7. Bayer GF, Leys HR. Saúde enquanto questão politicamente intermediada. *SS & Sociedade* 1986; 22:103-125.
8. Ocké-Reis CO. Uma reflexão sobre o papel da ANS em defesa do interesse público. *RAP* 2005; 39(6):1303-1317.
9. Lima SML, Portela MC, Ugá MAD, Barbosa PR, Gerschman S, Vasconcellos MM. Hospitais filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41(1):116-123.
10. Auroca S. Governo vai propor SUS nos contratos coletivos nos cofres públicos [entrevista]. *O Estado de S. Paulo* 2003 Mar 13.
11. Serra J. *Ampliando o possível: a política de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Campus; 2002.
12. Nogueira RP. A impotência da equidade. In: Costa AM, Merchán-Hamann E, Tajer D, organizadores. *Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2000. p.95-109.

Relação público-privado no sistema de saúde brasileiro: opacidade cognitiva e analítica

The public-private mix in the Brazilian health system: cognitive and analytical obscurity

Telma Maria Gonçalves Menicucci²

É particularmente instigante comentar o artigo de Lígia Bahia, que traz à baila questões bastante

obscuras ou quase ausentes, embora fundamentais, no debate teórico e prático relacionado à relação entre o sistema público e o privado de assistência à saúde no Brasil. Esse me parece ser o grande mérito do artigo, em que pese o seu caráter ainda preliminar como a autora mesmo reconhece, o que sem dúvida está relacionado com o objetivo muito maior de lançar uma reflexão e sugerir linhas de investigação do que propriamente de produzir uma fundamentação já suficientemente estruturada em relação a qualquer um dos temas e argumentos introduzidos. Mas que revelam uma argúcia e uma acuidade analíticas não muito comuns nas análises sobre o mercado de planos e seguros privados de saúde que, na sua quase totalidade, não enfrentam, desconhecem ou evitam o desafio de buscar compreender as intrincadas relações entre o público e o privado na saúde e, particularmente, o papel do Estado na constituição do arcabouço institucional e regulatório vigente e legitimado.

A autora convida os pesquisadores a estudar melhor essas relações, a partir da consideração de processos em curso na estrutura da assistência suplementar e interrogando sobre suas possíveis conexões com mudanças na relação entre a assistência suplementar e o SUS. A tentativa preliminar de Bahia, mesmo que reconhecidamente incompleta, de mapear as vertentes de investigação mais recentes relativas ao mercado de planos e seguros de saúde fornece indicações do interesse crescente pelo tema, ao mesmo tempo em que apresenta evidências da incipiência ou quase ausência de abordagens que privilegiem a compreensão das “complexas interfaces público-privadas do sistema de saúde brasileiro”. Ao chamar atenção sobre processos usualmente tão opacos nas pesquisas e reflexões práticas sobre o sistema de saúde, Bahia termina por propor uma agenda de pesquisa inovadora que, se levada em consideração, pode ser um bom início para a revigoração e ampliação do escopo analítico em relação às políticas de saúde no Brasil.

Isso porque, no meu entendimento, é preciso transpor certo “véu da ignorância” – no sentido inverso daquele de Rawls – que cobre as relações entre o sistema de saúde suplementar e o SUS, sobre as quais, para ser um pouco provocativa, pode-se falar quase de certo impasse cognitivo. Entre as dimensões que podem ser cruciais, ainda é pouco explorado, por exemplo, quais são as implicações tanto para o sistema público quanto para o privado da existência de um sistema de saúde dual – entendendo-se como tal a coexistência de um sistema público e de um privado

que configuram formas diferenciadas de acesso, financiamento e produção de serviços, apesar de, formalmente, a política de saúde definir o acesso gratuito e universal a toda a população. Para além das análises focadas apenas no trânsito de pacientes de planos de saúde por serviços públicos, os exemplos da utilização de procedimentos de alto custo e do acesso privilegiado ao sistema público por usuários de planos privados, já bastante reconhecidas e destacadas pela autora, outras conseqüências mereceriam mais atenção, como: a dificuldade de publicização da rede privada prestadora de serviços quando existe um mercado alternativo constituído pelos planos e seguros privados; a falta de suporte político efetivo para a universalização por parte de atores relevantes cobertos por planos; e a ausência de uma regulação que considere interconexões entre os dois sistemas e defina os espaços respectivos de atuação.

O mérito maior do artigo é exatamente o de levantar vários aspectos a serem observados caso se queira apreender melhor essas relações, ainda com hipóteses a serem exploradas e testadas, mas com indícios bastante fortes. Entre as questões apresentadas, gostaria de destacar, para tecer alguns comentários, apenas duas, bastante inter-relacionadas, e de alguma maneira reforçar os argumentos da autora, da forma em que foi possível percebê-los, uma vez que nem sempre eles estão suficientemente claros, sendo necessário quase que identificar um subtexto que ligue de forma mais articulada as diversas idéias enunciadas e ainda a merecer um tratamento mais sistemático.

Uma das dimensões sobre a qual a autora centra sua análise é o que ela chama com muita propriedade de “naturalização das assimetrias de cobertura, acesso e utilização de serviços de saúde entre os segmentos populacionais vinculados ou não a contratos de planos e seguros de saúde”. A partir da análise dos termos utilizados para distinguir esses dois segmentos – “pagante” e “não pagante” ou “SUS dependente” e “SUS não dependente” –, que expressam uma classificação construída a partir das possibilidades de inserção no sistema privado em função de escolhas possibilitadas pela disponibilidade de renda, a autora constata a operação de uma homogeneização de sentidos, valores e práticas, por meio da qual o SUS se torna equivalente aos planos e seguros privados. Nessa medida, é subtraído do sistema público o projeto institucional para a efetivação da garantia do direito à saúde, reduzido que é a um pagador de serviços de saúde. Com essas classificações dicotômicas, as instituições públicas efeti-

vam a incorporação naturalizada das assimetrias no acesso, de forma que se reitera a segmentação e se redefinem as responsabilidades universais do SUS, ao mesmo tempo em se tornam opacas as relações entre o público e o privado. Camuflada nessas terminologias, a autora afirma “seu ajuste às premissas sobre as bases individualizadas da organização do mercado de planos e seguros de saúde”, de tal forma que a variável que explica a existência e tamanho desse mercado é a renda familiar individual. A essa crítica da autora, gostaria de acrescentar algumas evidências empíricas, a partir dos dados da PNAD/1998¹. É verdade que a cobertura relativa por planos privados cresce proporcionalmente ao aumento da renda familiar *per capita*. Entretanto, quando se considera apenas a população coberta por planos de saúde, a maior concentração relativa de pessoas cobertas (40%) se dá no segmento de renda mensal familiar *per capita* na faixa inferior a dois salários mínimos. Isso reflete o fato de que a grande maioria dos participantes de planos e seguros de saúde o é na condição de participantes de planos coletivos, financiados, total ou parcialmente (na maioria dos casos), pelo empregador. Isso permite que trabalhadores de renda mais baixa tenham acesso a planos privados a partir de sua inserção no mercado de trabalho, mostrando como a marca de origem da assistência privada, que se desenvolveu inicialmente na esfera das relações de trabalho, se mantém ainda hoje. Considerando que os planos empresariais são mais comuns nas grandes empresas, nas quais também as condições salariais tendem a ser melhores, é plausível a hipótese de que nesse caso a relação renda/cobertura por planos de saúde privados não seja direta, mas mediada pela forma de inserção no mercado de trabalho. Ou seja, trabalhadores com melhor situação de emprego não apenas tendem a ter maiores salários, mas também outros benefícios indiretos, como a assistência à saúde. Para o conjunto dos titulares de planos de saúde, apenas cerca de 30% deles têm planos contratados diretamente e, nesses casos, a incidência relativa, como era de se esperar, é diretamente relacionada à renda, atingindo 46% dos titulares com renda mensal superior a vinte salários mínimos. Mesmo nessa faixa de renda mais alta, a maioria dos titulares está vinculada a planos coletivos, o que mostra a preponderância desse tipo de assistência privada como legado de sua trajetória. Entretanto, não deixa de ser relevante, se comparada com a renda, a participação em planos individuais de expressiva parcela da população com renda baixa – sempre superior a

20% em todas as faixas de renda dos titulares. Isso pode significar um ônus pesado para o orçamento familiar, que, em princípio, seria injustificado, uma vez que a população conta com um sistema público de saúde pretendidamente de acesso universal. Mas sugere o grau de legitimação que os planos de saúde privados adquiriram no país e reafirma que a renda não é a única variável explicativa da constituição social dessa demanda.

A segunda questão tratada por Bahia e que gostaria de destacar, intimamente relacionada à anterior, refere-se ao ocultamento ou ausência de problematização a respeito do papel do Estado no processo de expansão dos planos e seguros privados e de naturalização da segmentação, constatando-se o desconhecimento do papel do Estado como agente ativo da emissão de políticas, normas, valores e recursos financeiros para preservar a segmentação. Nesse aspecto, a questão da regulação ou é desconsiderada ou tem seu conteúdo esvaziado. Nos termos da autora, ***o conceito de regulação, essencial às análises das relações entre o público e o privado, é transposto de suas origens, de análise das relações sociais fundamentais (mercantis, capital/trabalho e suas interações) para um ponto muito distante, simplesmente passa a referir a relações de compra e venda.*** E, nesse processo simplificador, ficam de fora aspectos como os incentivos públicos ao financiamento, conformação das demandas e organização da oferta do subsistema suplementar.

Gostaria de colocar mais uns ingredientes nesse debate que estão relacionados a duas ordens de fatores: a primeira refere-se à atuação governamental propriamente dita, no sentido de favorecer essa configuração institucional dual do sistema de saúde; e a segunda, em grande parte decorrente da primeira, relativa ao processo de legitimação da dualidade, que se expressa em valores e representações, que são as bases cognitivas de qualquer ação política e de elaboração de políticas públicas.

Cabe lembrar que a expansão da assistência privada está intimamente ligada a decisões governamentais prévias que, embora voltadas para a assistência à saúde de caráter público ou para a ampliação de cobertura, forneceram incentivos diretos (convênios com repasse de recursos) e indiretos (incentivos fiscais, inicialmente para pessoas jurídicas e depois para físicas) para o desenvolvimento do mercado privado de saúde, tanto no aspecto da prestação de serviços quanto na gestão privada da assistência. Os investimentos privados no setor e a atuação dos diversos agentes do mercado, favorecidos por deci-

sões governamentais, tiveram várias consequências: o estabelecimento de padrões de comportamento, difíceis de reverter; a estruturação dos interesses privados na saúde, condicionando o conflito político e estruturando o processo de tomada de decisões; a particularização das demandas de saúde e a constituição de identidades corporativas, o que contribui para o enfraquecimento da proposta do SUS, de caráter publicista e universalista, e para o fortalecimento da segmentação de clientela, reforçando a perspectiva de que ao sistema público cabe a cobertura da população mais pobre e em condições desfavoráveis de inserção no mercado de trabalho. Enfim, o Estado funcionou como organizador do mercado e como agente ativo no processo de legitimação da segmentação, como destaca Bahia.

A inserção em um modelo segmentado favorece a constituição de *scripts* cognitivos, os quais informam as ações dos usuários. Ao longo de sua trajetória, foram construídas imagens negativas sobre a assistência pública que funcionam como critérios para julgamento prévio da eficácia do sistema público e como justificativas *post factum* da preferência pela assistência privada, tendendo-se a uma naturalização das escolhas do passado².

O estabelecimento da política regulatória voltada para o segmento privado no final da década de 1990 formalizou a dualidade e a segmentação do ponto de vista legal, normativo e institucional, na medida em que os segmentos público e privado passaram a ser objeto da política de saúde de forma explícita e de modo a confirmar a independência entre as duas modalidades institucionais, a oposição entre seus princípios norteadores e a segmentação dos usuários. Ao invés de serem estabelecidas regras claras e precisas que definam os espaços respectivos de atuação do mercado e do Estado e as formas de relacionamento entre os dois campos de ação, a regulação mais uma vez legitima a segmentação, sendo uma de suas expressões emblemáticas a exigência de ressarcimento ao SUS no caso de sua utilização por participantes de planos privados. Pode-se dizer que duas lógicas seguem operando na política de saúde. De um lado, uma lógica publicista, traduzida nos esforços de viabilizar o SUS, mesmo que voltado principalmente para os segmentos de menor poder aquisitivo. De outro lado, a lógica privatista, que tem como efeito a regulação do mercado, como forma de torná-lo mais eficiente, o que significa a ampliação da oferta e do consumo de planos e seguros de saúde. Essa regulação não considerou os diversos mecanismos através dos

quais o Estado incentiva – e portanto legítima – a segmentação, conforme chama atenção Bahia, particularmente por meio dos subsídios ao financiamento dos planos e seguros. Nesse sentido, como ela afirma, mascara-se a política pública de inclusão seletiva de demandas.

Enfim, o desafio posto por Bahia, incitando a reflexões mais sistêmicas sobre as relações entre o público e o privado no âmbito da política de saúde no Brasil, é mais do que um desafio teórico ou analítico para desvendar de forma mais consistente essas relações, mas também um desafio político na medida em que incita à superação de análises auto-referidas do SUS, que predominam nas propostas ou discussões de políticas para o setor e que parecem pouco promissoras. Uma nova regulação, entendida de forma menos reducionista, que considere o conjunto do sistema de saúde e torne mais claro o papel do Estado e dos diferentes atores, parece ser um dos principais desafios. Para isso, pode ser útil uma reflexão teórica que supere certo impasse cognitivo subjacente aos estudos sobre a institucionalidade da assistência à saúde no Brasil.

Referências

1. Menicucci TMG. *Público e Privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória* [tese]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
2. Menicucci TMG. *Público e Privado na política de assistência à saúde no Brasil - atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

Interfaces entre a gestão do SUS e a regulação de planos privados de saúde

Interfaces between the management of the Unified Health System and the regulation of private health plans

Silvio Fernandes da Silva³

A leitura do artigo de Lígia Bahia, “A unificação do sistema público e a expansão do segmento

³ CONASEMS. silviof@sercomtel.com.br

suplementar: as contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde “, proporciona ao leitor uma análise ao mesmo tempo abrangente e aprofundada a respeito do financiamento e da regulação estatal sobre o segmento privado da saúde.

Partindo da constatação que esse segmento vem apresentando lucro nos últimos nove anos e em um cenário no qual se vislumbra prolongada estabilidade, o artigo procura romper com reducionismos e explicações simplificadas sobre esse fato. Critica pressupostos que atribuem à mera exploração de um mercado de consumidores individuais como causa da situação favorável observada. Informa sobre os reajustes mais elevados durante o governo Lula do que no período anterior. Refere-se aos ganhos de escala propiciados pela aquisição de empresas menores pelas de maior porte e à introdução de medidas de gerenciamento na oferta e utilização dos serviços para reduzir custos, mas, considerando esses fatos insuficientes para explicar os bons ventos observados para o setor, deixa uma pergunta: como explicar que em uma conjuntura de baixo crescimento econômico o subsistema privado esteja tendo boa *performance*?

Construída a tese de que a elevação dos subsídios públicos está sendo estratégica para esse crescimento, a autora, de forma consistente, critica “discursos” pouco reflexivos que analisam essa conjuntura e abordagens acadêmicas insuficientes para abranger em sua totalidade a compreensão desse objeto, restritas à modelagem microeconômica, notadamente quando se trata de compreender temas relacionados à regulação estatal e às relações entre o público e o privado.

Finalmente, diante desse quadro, refere-se à falta de indignação com a assimetria de cobertura observada no sistema de saúde brasileiro, que fica “naturalizada”, à redução do *script* do Estado, que assume papel de mero coadjuvante, intermediador de conflitos ou mero comprador de serviços, e à sofisticação do aparato jurídico-legal que sanciona o aporte de recursos públicos para os planos de saúde. Esses constituiriam sintomas de certo desencanto com o SUS universal e de qualidade.

Minha contribuição ao debate está centrada nesses últimos pontos, em especial no tocante à relação entre a gestão do SUS e os planos privados de saúde. As contradições observadas nos dezenove anos de implementação do SUS, considerando que seu início se deu a partir da Constituição de 1988, são bem evidenciadas nas refle-

xões suscitadas pelo artigo, sendo oportuna uma referência à história da regulação do segmento assistencial privado para analisar o quadro atual.

Desde o final da década de 1980, e mesmo na seguinte, após a consolidação do direito universal à saúde, paradoxalmente à ampliação do acesso, que se tornou constitucionalmente *universal*, ocorreu expressiva redução da oferta assistencial pública nas atenções básica, de média e de alta complexidade, como constataram autores como Mendes¹, Paim², entre outros. Essa redução teve, por um lado, aspectos positivos ao afastar do sistema público hospitais e serviços ambulatoriais de baixa qualidade que compunham o modelo centrado em hospitais e médicos, da época. Por outro, no entanto, foi também uma fuga de bons serviços hospitalares e ambulatoriais de maior complexidade, afugentados pelos valores inadequados de remuneração decorrentes do não reajuste da tabela do SUS em época de hiperinflação.

Essa situação ampliou as lacunas na assistência do SUS “ constituindo uma espécie de “herança” do modelo anterior “ e contribuiu para o crescimento do subsistema privado de saúde, que passou a agregar camadas médias e operariado mais qualificado, no fenômeno que foi chamado por Favaret Filho & Oliveira (*apud* Mendes¹) de “universalização excludente”. Ou seja, o SUS incorpora os segmentos mais carentes e “expulsa” as camadas mais privilegiadas para o subsistema privado, reforçando com isso a noção de que o sistema público é uma “medicina simplificada para pobres”.

Complicando esse quadro, a regulação deficiente da gestão do SUS contribuía para que o sistema privado contratado não tivesse dificuldade de selecionar doenças e “clientes”, e planos de saúde transferissem para o subsistema público usuários que não lhes interessava atender. Ou seja, a inclusão propiciada pelo SUS dos “excluídos da saúde”, à época milhões de desempregados que eram até então tratados como indigentes, e trabalhadores rurais, não se dá em uma condição de cidadania plena. O acesso passa a ser universal, mas a oferta assistencial pública é insuficiente, mal regulada, sujeita a privilégios de porta de entrada e pagamentos “por fora” para conseguir atendimento, entre outras distorções³.

A reorganização gradativa da porta de entrada dos sistemas municipais de saúde, com ampliação do número de unidades básicas e criação de instâncias de regulação descentralizadas mais preparadas nas secretarias estaduais de saúde e municípios maiores, reduz um pouco dessas distorções. Os serviços de auditoria e controle das

gestões descentralizadas deveriam, em tese, entre suas demais finalidades, impedir que usuários do subsistema privado furassem filas, entrando na frente de usuários do SUS para procedimentos mais complexos, ou fossem vítimas de cobranças indevidas, complementando “por fora” o que o SUS pagava, por parte de médicos e de hospitais.

Esses serviços de controle atingiram parte do seu objetivo, mas a oferta assistencial continuou distorcida e lacunas na assistência persistiram. As distorções que se acumularam na tabela do SUS ao longo dos anos, em decorrência de pressões de sociedades de especialidades médicas e de empresários do ramo, e critérios mal elaborados de correção dos valores de procedimentos por parte do Ministério da Saúde, mantiveram a seleção na oferta pela rede contratada privada. Em outras palavras, realizavam procedimentos que pagavam melhor, deixando de lado outros, que eram freqüentemente encaminhados para hospitais públicos.

Para suprir as lacunas assistenciais que se criaram diante dessa situação, os gestores, ao ficarem reféns de prestadores de serviço, passaram a complementar os valores da tabela do SUS. Outras alternativas encontradas foram se associar em consórcios intermunicipais de saúde para ampliar a oferta em média complexidade ou ainda criar serviços próprios, muitas vezes ineficientes por não atenderem critérios básicos de economia de escala para suas implantações. Estudos sobre inovações nos modelos gerenciais e assistenciais dos sistemas municipais de saúde acontecidos nos últimos doze anos mostram não haver uniformidade sobre isso. Aquelas gestões descentralizadas que foram conduzidas com visão estratégica, contemplando o interesse público, construíram boa governabilidade para suas ações, se adaptaram melhor e desenvolveram boas inovações no modelo de saúde, ao passo que outras, no pólo oposto, tiveram grandes dificuldades.

Independentemente, no entanto, da forma como passa a ser exercido esse controle, como bem aponta a autora, sofisticam-se as formas e o aparato jurídico-legal que sanciona aporte de recursos públicos para os planos de saúde. O privilegiamento da clientela do subsistema privado para o acesso aos serviços públicos, driblando normas do sistema, tais como internar pelos pronto-socorros casos eletivos que deveriam ter passado antes pelas unidades básicas de saúde, é uma realidade. Além desse tipo de irregularidade, existem outras formas associadas à

transferência de recursos públicos para o subsistema privado e sobre isso destaco duas com mais interface com a gestão do SUS.

A primeira referente às restrições na cobertura dos planos de saúde privados. Como bem mostra Scheffer⁴, as exclusões de cobertura assistencial constituem as demandas judiciais e de órgãos de defesa do consumidor mais comuns dos usuários desses planos, e, salienta o autor, “é possível supor que uma grande fatia deste mercado sobrevive à custa das restrições praticadas e de conseqüente subsídio do Sistema Único de Saúde”. As negativas de atendimento por parte dos planos de saúde ocasionam conflitos não só entre o usuário e o seu plano, mas também entre o usuário do plano, o prestador de serviços e o gestor do SUS. A pintura desse quadro mostra, em geral, pacientes dentro de UTIs, em macas de pronto-socorros, em entradas de centros cirúrgicos e, não raro, com interferência de Ministério Público ou mandados judiciais. As decisões de autorizar ou não a transferência de um usuário de um plano de saúde para o SUS não são tão simples diante dessas situações.

A segunda relaciona-se aos subsídios públicos que os prestadores privados contratados filantrópicos conveniados do SUS recebem tanto nas formas de renúncia fiscal, já bem conhecida, como para investimentos em infra-estrutura e equipamentos e para custeio da assistência. Como os serviços contratados atendem usuários do SUS e dos planos de saúde, essa é uma forma de transferência que pode representar um montante significativo, nem sempre considerado pelos prestadores de serviço quando reivindicam reajustes nas tabelas do SUS.

Como propõe a autora, é preciso elaborar uma agenda de pesquisas que amplie o conhecimento sobre essas interfaces e, também, em suma, sobre as múltiplas relações que se estabelecem entre o setor público e os planos e seguros privados. Isso poderia permitir vislumbrar formas mais adequadas de regulação estatal sobre o sistema de saúde, reduzindo a fragmentação existente e avançando, como propõe a autora, na construção do SUS universal e de qualidade.

Referências

1. Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80. In: Mendes EV, organizador. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1993.

2. Paim JS. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: Rouquayrol MA, Naomar FA. *Epidemiologia & saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi;1999.
3. Silva SF. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec; 2001.
4. Scheffer M. A exclusão de coberturas assistenciais nos planos de saúde. *Saúde em Debate* 2007; 29(71): 231-247.

O autor responde

The author replies

Agradeço a oportunidade de refletir com pesquisadores experientes sobre o tema das relações entre o público e o privado no sistema de saúde. Carlos Octávio Ocké-Reis, Silvio Fernandes e Telma Menicucci abrem novas janelas para o exame das práticas sociais atuais, incidentes sobre a estrutura e a dinâmica de estabelecimentos e empresas privadas de planos e seguros de saúde e as respostas acadêmicas às mudanças nas interfaces público-privadas do sistema de saúde brasileiro.

Ocké-Reis relembra que as relações sinérgicas entre o complexo produtivo (em especial as estabelecidas entre as indústrias de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares e os sistemas universais de saúde que viabilizaram e impulsionam os sistemas universais europeus) não se reproduzem no Brasil contemporâneo. O autor utiliza o espaço do debate para reafirmar suas proposições de reformar (no sentido forte do termo, isto é, o de transformação) as relações entre os órgãos reguladores do mercado de planos e seguros de saúde com parte das instituições que o compõem. A mudança de estatuto de algumas das atuais empresas do mercado permitiria aprimorar a regulação de preços e conteúdos assistenciais. A natureza normativa de tal postulação a afasta daquela consubstanciada pela apresentação de pontos para um debate sobre as redes de sustentação da privatização da assistência médico-hospitalar proposto por Arouca (formulação da qual participei e compartilho). Essa última não propõe uma solução *a priori* e nem o acionamento de estratégias para o desatamento dos nós que libertariam o Estado do dilema da estatização/privatização, por dentro do mercado de planos e seguros de saúde. Arouca, considerando o fluxo político-financeiro que se estabelece pelas relações entre empresários, trabalhadores e empresas de planos e seguros privados

de saúde e seus efeitos sobre as condições de saúde, tão-somente – o que nunca foi pouco – provocou e convocou o debate. As perguntas formuladas por Arouca, então Secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, para a abertura de um amplo debate com a sociedade, que desaguardaria na 12ª Conferência Nacional de Saúde, foram publicadas enviesadamente pelo jornal Estado de São Paulo, no início do primeiro mandato do Presidente Lula.

Da leitura atenta de Silva do artigo-debate derivam duas ordens de reflexões. A primeira concerne ao aprimoramento das hipóteses expressas no artigo original. A retirada da essência dos argumentos e evidências, que em meu texto nem sempre estão expostos com a devida concisão, sintetiza os termos para o atual debate e sua continuidade. A seguir, embasado na conjugação do rigor acadêmico de seus estudos sobre a descentralização do SUS, avança hipóteses sobre as consequências das relações de dependência/autonomia dos dirigentes dos órgãos executivos das políticas de saúde com os prestadores de serviços. Perante o subfinanciamento do SUS, ampliação das atribuições assistenciais a esferas subnacionais e incremento do repasse de recursos do Ministério da Saúde para estados e municípios e não crescimento/retração da oferta pública, as secretarias de saúde construíram, ao longo dos vinte anos de implementação do SUS, modelos diferenciados de compra de serviços e investimentos na capacidade instalada pública. A partir dessas constatações, descortinam-se horizontes de intervenção e investigações pouco explorados pelas instituições executoras de políticas de saúde e pelas de ensino e pesquisa, respectivamente.

Temos notícias esparsas sobre alguns dos itinerários da destinação de recursos públicos para prestadores de serviços de saúde particulares e privados. O uso corrente de múltiplos da “tabela SUS” adotados por secretarias de saúde para atender “demandas” dos prestadores particulares de serviços de saúde (apesar de vedado por normas ministeriais), o funcionamento pleno das duplas portas de entrada (ainda que não recomendado por portarias ministeriais e contratos de gestão com hospitais estatais); repasse de recursos públicos para obras, reformas e aquisição de equipamentos de estabelecimentos filantrópicos que atendem clientes de planos e seguros privados de saúde e a reedição e aprovação de novas leis de isenção ou dedução fiscal para hospitais, clínicas e laboratórios privados e atividades de prestação de serviços de cooperativas de trabalho médico são mecanismos que compõem um conjunto

concreto, mas quase invisível, de operações financeiras e políticas cotidianas.

Considero, tal como Silva, que o repasse direto e indireto de recursos públicos para prestadores de serviços e empresas de planos e seguros privados de saúde revestiu-se, mais recentemente, de uma roupagem sofisticada. Um dos exemplos mais conspícuos emerge com a defesa da preservação do estatuto de filantropia de determinados hospitais que atendem clientes de planos e seguros tipo executivo – hospitais de primeira linha. O que se alega para fundamentar a não integração do estabelecimento na rede SUS é o suposto reconhecimento devido pela sociedade brasileira aos “sacrifícios voluntários e não lucrativos” decorrentes dos esforços para preservar ícones da modernização da medicina brasileira da sanha da propalada ineficiência das instituições públicas, com o apoio de recursos públicos. Note-se que a incongruência de tais argumentos não os derroga. Antes pelo contrário, a carência de lógica requinta-os, exige não apenas que seus defensores ocupem espaços político-administrativos estratégicos, mas que estabeleçam e renovem os circuitos de intermediação de interesses, pautados pelo exercício da subordinação do bem comum ao particular.

Telma Menicucci, criteriosamente, leva adiante a problematização das análises sobre as relações entre o público e o privado ao desvelar o ciclo conformado pelas justificativas *post factum* de preferências pela assistência privada. O julgamento prévio da eficácia do sistema público, apoiado em imagens negativas de sua eficácia, completa-se com a “naturalização das escolhas do passado”. Ao assinalar as lacunas no texto-debate sobre a relevância dos valores e representações que edificam as bases cognitivas da ação política e da elaboração das políticas públicas, a autora convoca referenciais das ciências sociais, dispondo-os às análises sobre a segmentação do sistema de saúde brasileiro. Temos preocupações comuns com a necessidade de alargar as fronteiras disciplinares e aprofundar o conhecimento sobre as interfaces público-privadas. Mas, estamos atentas aos riscos dos traslados automáticos de categorias e conceitos, cujos conteúdos, destituídos do tempero das especificidades do sistema e da situação de saúde no Brasil, tornam-se esvaziados e, portanto, meramente retóricos.

Gostaria de dividir com Menicucci as inquietações sobre os limites e possibilidades da utilização do conceito de dualidade (tão decantado pelas ciências sociais brasileiras) para descrever ou mesmo interpretar as características da seg-

mentação do sistema de saúde brasileiro. Além das críticas originadas por cientistas econômicos e políticos ao modo de *integração* perverso e excludente, que marcam as relações econômicas e sociais no Brasil, o termo dual – em suas diversas denotações e conotações – não guarda correspondência com as ambivalências público-privadas e privado-públicas gravadas no genótipo e fenótipo do sistema nacional de saúde. Por outro lado, reconheço que as teses esboçadas a partir de categorias eminentemente descritivas perdem o sabor interpretativo, que lhes emprestaria maior potência explicativa.

A releitura simultânea dos comentários e o artigo-debate, gestado no início de 2007, suscita em primeiro lugar o reconhecimento dos avanços do conhecimento sobre um tema árduo e, que até pouco atrás, era pouco popular. De minha parte, ou melhor, na condição de “intérprete solo” de um conjunto de pesquisadores do tema – que se reúne com maior ou menor assiduidade desde o final dos anos 1990 – registro, em nome desse coletivo, os avanços conseqüentes à adoção no texto-debate de um eixo temporal adequado. Temos enfrentado dificuldades para lidar com problemas que definitivamente não existem há quinhentos anos, mas derivam do padrão estamental, mantido por alocações sociais voltadas a reproduzir imobilismos e confinamentos que impregnam fortemente nossas práticas sociais. Trata-se então de incorporar às análises um intervalo de tempo compatível com a necessidade de focar os modos de refletir sobre os problemas e apreensão de mudanças, mobilidades sociais, mesmo aquelas processadas lentamente.

Ousamos explicitar e vincular tendências de mudanças nas relações entre o público e o privado com as percepções desses processos pelas instituições de ensino e pesquisa. Mas sabendo que haveria um hiato temporal entre a entrega do artigo-debate e sua publicação, as dúvidas sobre a “durabilidade” de uma análise conjuntural ainda que dilatada foram cruciantes. Hoje, 8 de março de 2008, Dia da Mulher, nem todos os temores estão aplacados. Mas, o transcurso de quase um ano sugere que os acertos da análise proposta superam seus erros. Diga-se de passagem que, nesse meio tempo, em dezembro de 2006, a imprensa divulgou que a dívida do Plano Firjan Saúde com hospitais privados atingiu o valor de 10 milhões de reais e, em fevereiro de 2008, a queda dos lucros do Banco do Brasil em 2007 foram atribuídas aos gastos de cerca de 604 milhões com o Plano de Afastamento Antecipado e 325 milhões com a Cassi. A subscrição das

tendências assinaladas pelos fatos valida opção do trajeto de ida e volta da “vida para os livros”.

A principal inspiração para debater as relações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro, à luz de um enfoque mais conjuntural, foi a necessidade de fazer jus ao honroso convite de Alicia Ugá e Eleonor Connil. As duas editoras do número temático da revista ***Ciência e Saúde Coletiva*** souberam defender os parâmetros da produção acadêmica, em contextos ainda atribulados por intromissões, nem sempre legítimas, na definição dos rumos do conhecer. A elas rendo minha admiração pela coragem e integridade. Para retribuir, ao menos parcialmente, a confiança depositada pela revista ***Ciência e Saúde Coletiva***, comprometo-me, desde agora, com a continuidade do debate.