

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 precondições 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 obscureness

Telma Maria Gonçalves Menicucci²

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

²Fundação João Pinheiro. telma.menicucci@fjp.mg.gov.br