

sões governamentais, tiveram várias conseqüências: 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 passado<sup>2</sup>.

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 Silva*<sup>3</sup>

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

<sup>3</sup> 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 reductionismos 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 Mendes<sup>1</sup>, Paim<sup>2</sup>, 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* Mendes<sup>1</sup>) 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 distorções<sup>3</sup>.

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 Scheffer<sup>4</sup>, 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 conseqüências 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