

Alternativa privada à assistência médica previdenciária

Paulo Sérgio Barros Barbanti *

Muito se tem falado a respeito das soluções para assistência à saúde da população. Debate-se a função do Estado; estatizantes versus liberais digladiam-se sobre o melhor sistema; aprova-se o SUS como solução.



Na prática, pouca coisa acontece de efetiva melhoria. O novo governo inicia o ataque através da qualificação dos serviços públicos.

"Saúde é um direito de todos e dever do Estado."

Até aí tudo bem, só que esta obrigação não implica que os serviços sejam prestados exclusivamente pelo Estado.

O Estado pode garantir o acesso à saúde através de serviços do governo e através de serviços prestados pela iniciativa privada, cumprindo igualmente com sua obrigação. Dessa maneira estará exercendo sua função pública, sem ter uma ação monopolística estatal no trato da assistência médica (todo monopólio leva à incompetência).

Na visão da conjuntura brasileira, considero básicos os pressupostos de que, no momento, qualquer plano de saúde particular supera amplamente o atendimento estatal e de que levará algum tempo para que a rede pública venha a oferecer serviços de nível compatível e dentro de custos aceitáveis para um governo austero. Nesta linha de pensamento apresentamos uma "síntese" do trabalho do grupo do qual participo e que está sendo desenvolvido nos detalhes, como forma de contribuição à solução do problema, como segue:

1. Livre opção do usuário na escolha da organização médica pública ou privada; reopção anual do usuário, inclusive para mudar de organização. Este é o ponto central da proposta, onde a livre opção não se submete nem à empresa, nem aos sindicatos, nem ao Estado.

2. Devolução ao usuário pelo governo de um percentual do salário (8 a 10%) até um salário-teto de 10 salários mínimos, de maneira que cada trabalhador aloque este recurso na organização médica em que pretenda ser assistido no sistema de pré-pagamento (este valor o Estado já desconta do empregado via Iap). A forma da alocação do recurso do usuário seria via empresa, ou diretamente do governo à prestadora de serviços no caso de aposentados e pensionistas, ou diretamente pelos autônomos. Dessa forma, o usuário paga a sua assistência com o dinheiro que o governo deixa de lhe descontar; e, por "pagar", exigirá qualidade. Outra opção seria a "devolução" ao usuário de um valor fixo, independentemente da faixa salarial, de tal ordem que permita comprar serviços até família média de três pessoas.

3. Permanecem os sistemas de contratos com empresas de pré-pagamento (hoje cerca de 10.000 convênios-empresa), pelos quais, inclusive elas, podem complementar valores; porém, o usuário pode optar por qualquer organização médica fora da "decisão" da empresa e empregados, desde que use o seu recurso conforme item 2.

Os adicionais pagos pelas empresas seriam complementares para complementar os valores de contribuição dos empregados de menor remuneração e dos com número de dependentes diretos maior; para inclusão de dependentes indiretos de toda a massa; para ampliação dos benefícios a aposentados da empresa ou cobertura a empregados demitidos por um período ou para a agregação de outros benefícios, dentre os quais "perda de renda", atendimentos em acidentes do trabalho, ou outros, sempre dependendo das disponibilidades de cada empresa e do incentivo que lhes for oferecido (Finsocial? IR?).

3.1. — As empresas mantêm-se a permissão de preservar sua estrutura própria de saúde ocupacional, incluindo os primeiros atendimentos na fábrica, simplificação do atendimento e perda menor de horas trabalhadas. A assistência em acidentes de trabalho e doenças profissionais permanece na área do governo, embora possa ser prestada por organizações médicas, mediante contra-

tos complementares, fato que já ocorre com várias empresas. Seria um bom momento para o Estado voltar a privatizar também o seguro de acidentes do trabalho?

4. Os contratos teriam critérios básicos que todas as organizações médicas se obrigariam a seguir, sendo portanto normatizados e fiscalizados pelo governo, com as premissas: a) não é permitido usar assistência do Estado concomitantemente; b) o plano deve prever atendimento a certas exclusões hoje existentes; ações preventivas e outras; c) contrato mínimo padrão, procurando levar em conta as diferenças regionais de recursos; d) exigência de que as organizações médicas tenham garantias mínimas de capital, reservas legais, etc.; e) só opera quem estiver legalmente autorizado pelo governo; f) os preços privados seriam os de livre mercado, estabelecendo-se livre concorrência das organizações médicas entre si e com os serviços do governo; g) os valores a serem pagos pelos usuários não ficariam sob a guarda do governo; h) exigência de recursos próprios assistenciais mínimos, eliminando a pura intermediação e as organizações feitas de "papel".

5. Suplementarmente poderia estar agregado um seguro tipo "perda de renda", pelo qual a organização médica paga diretamente ao usuário, com base no que ele contribui, os dias afastados por doença acima de "x" dias até "y" dias. Além de ser um benefício, evitaria afastamentos desnecessários.

6. Os aposentados e idosos que já têm assistência do Estado, nele serão mantidos, ou em parte assistidos, repassando-se para a iniciativa privada pelo menos parte desse atendimento, conforme item 9 ou 3, afóra aqueles que, por mensalidades mais altas, adentraram o sistema espontaneamente.

7. A gestão administrativa e de serviços do sistema privado, conforme sugerimos, estaria abrigada numa secretaria ou departamento do Ministério da Saúde, procurando-se municipalizar a gestão; e a gestão financeira estaria abrigada num fundo que administraria os recursos. Este fundo seria uma entidade privada, composto pelas reservas (ou capital) das prestadoras de serviços e controlada acionariamente por elas, com participação de gestão dos empregados e empregadores além do governo, e funcionaria em muitos casos como câmara de compensação, garantindo os direitos dos associados, gestão sobre os prestadores inadimplentes, etc. Esta entidade privada poderia constituir reservas para ampliar coberturas, além de se preocupar com a qualificação dos recursos humanos na área e assessoramento para a ampliação do sistema, orientando a formação de novas organizações médicas.

8. Neste sistema se enquadram todas as organizações médicas hoje em operação, bem como todos os tipos de prestadores de serviço. É básico, entretanto, que os valores mensais pagos às mesmas sejam dimensionados por pessoa, prevendo variações de valores por faixa etária; que os planos tenham limites de coberturas, enfim todas as características atuais que permitam sua manutenção, incluindo as previsões dos aumentos dos custos, observados no mundo todo, em função de absorção de novas tecnologias.

9. E é só isso. Até porque é uma variação pequena do que já existe em outros países, com bons resultados, e lembra o sistema inicial no Brasil, onde, porém, o reembolso era feito às empresas. O "Sistema Privado de Saúde", embora complementar, é a solução emergencial e eletiva para a saúde da população, mesmo porque ele não quer receber verba ou pagamento do Estado, e sim do usuário e das empresas, crescendo, reinvestindo e progredindo dentro de uma economia de mercado. Totalmente diverso da forma como o Estado se utiliza hoje da rede hospitalar privada, que é o sistema de credenciamento por serviços, de péssimos resultados, e que nada tem a ver com o que proponho.

* Presidente da Intermédica São Camilo Ltda. e da Notre Dame Seguradora S.A.; delegado do Brasil na ALAMI — Associação Latino-Americana de Medicina Integral.