

Planos de saúde privados no lugar do serviço público

GAZETA MERCANTIL

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 e liberais digladiam-se sobre o melhor sistema. Aprova-se o SUS como solução. Na prática, pouca coisa acontece de melhorias. O novo governo inicia o ataque através da qualificação dos serviços públicos.



Na visão da conjuntura brasileira, consideramos 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 que pensamos:

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 alocado esse recurso na organização médica em que pretenda ser assistido no sistema de pré-pagamento (esse valor o Estado já desconta do empregado via IAPAS). 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.

3. Permanecem os sistemas de contratos com empresas de pré-pagamento (hoje cerca de 10 mil 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 fundamentais 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 ampliação das coberturas. Ou ainda para a agregação de outros benefícios.

As empresas mantêm-se a permissão de preservar sua estrutura própria de saúde ocupacional, inclusive para 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 possam ser prestada por organizações médicas, mediante contratos 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 e 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 doenças 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 assisti-

dos, repassando-se para a iniciativa privada pelo menos parte desse atendimento, conforme itens 9 ou 3, afora aqueles que, por mensuralidades mais altas, adentrarão ao sistema espontaneamente.

7. Ao Estado caberá preferencialmente atender aqueles que optarem por sua estrutura assistencial, as áreas mais carentes, as cidades menores; a execução de programas básicos (vacinação, vigilância sanitária e epidemiológica, combate às endemias, pesquisa, ensino); a integração das ações nos serviços que influem no nível de saúde da população (alimentação, educação, saneamento básico, habitação, meio ambiente) e demais obrigações constitucionais; a administração, normatização e fiscalização do sistema privado de saúde; a qualificação dos seus serviços próprios de saúde; interferência na reestruturação do ensino médico e na política de medicamentos.

O sistema privado de saúde, na forma como propomos, é viável num primeiro momento nas cidades acima de 100 mil habitantes e nas cidades menores com elevada densidade de industrialização ou agroindústria, podendo, com o estímulo e crescimento, ampliar sua área de ação.

8. 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; a gestão financeira estaria abrigada num fundo que administraria os recursos. Esse fundo seria uma entidade privada, composta 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. Essa 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.

9. Se a taxa média no convênio-empresa padrão hoje gira em torno de 10 BTN/pessoa/mês, portanto um custo por pessoa de 8 dólares/mês, ou 96 dólares/ano; se o governo pretende destinar à saúde 6% do PIB, estimado em 1990 em 486 bilhões de dólares, estes 6% do PIB, ou 29 bilhões de dólares, significariam uma verba para a saúde de cada um dos 147 milhões de brasileiros de 197 dólares por pessoa/ano. Isso significa que cada pessoa optante pelo sistema privado de saúde "deixaria" no Estado, da sua verba destinada à saúde, 101 dólares/ano para o governo aplicar em todas as suas atribuições descritas no item 7 deste, além de serem suficientes para cobrir quaisquer custos decorrentes das críticas a esse plano, que seriam itens de não cobertura, a assistência aos mais carentes, etc. Essa "sobra" poderia ser usada para que a iniciativa privada, mediante pagamento pelo governo, absorvesse parte das pessoas fora do sistema (marginalizados, idosos), dentro do seu território de ação. Isso tudo sem considerar a contribuição das empresas, que seria grande se incentivada.

10. Nesse 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 atuariais que permitam sua manutenção, inclusive as previsões dos aumentos dos custos, observados no mundo todo, em função de absorção de novas tecnologias.

11. 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 propomos.

* Delegado do Brasil na Associação Latino Americana de Medicina Integral (ALAMI).