

Medicina de grupo versus seguro-saúde

JORNAL DO BRASIL

Flávio Heleno
Poppe de Figueiredo *

"Era um caso simples e chamava-se Macário."

Assim começa uma história complicadíssima do extraordinário Eça de Queiroz. Complicada é também a evolução do Sistema Médico Particular de remuneração mensal por usuário — Sistema PerCapita — mais conhecido por Medicina de Grupo e Seguro-Saúde, que o uso corrente dos Sistemas englobou na denominação "Planos de Saúde."

O caso era simples ao nascer, em 1961, o primeiro convênio médico no país, entre a fábrica Volkswagen e o antigo I.A.P.I.; acordaram as partes, via convênio, que a Empresa assumiria a responsabilidade de prestar serviços médicos aos seus funcionários e familiares, e o antigo Instituto devolveria 3% do total da folha de pagamento mensal da Empresa, como ressarcimento pelos serviços médicos.

O assunto era direto entre duas entidades, a Volks de um lado e o Instituto do outro. O óbvio aconteceu. Os serviços médicos expandiram-se de tal forma que a Diretoria da Volks concluiu que o negócio era fabricar carros e não administrar uma instituição médico-hospitalar: a complexidade e os problemas da empreitada médica eram crescentes.

O mundo empresarial é pautado pelo racional. Dai a conclusão da Diretoria da Volks em sensibilizar os médicos para constituírem uma entidade jurídica, saírem fisicamente das instalações da fábrica e prestarem serviços médicos à Empresa mediante contrato. Nascia a Medicina de Grupo no país. O contrato inicial entre Grupo Médico e Empresa passou a ter a intervenção da Previdência. Setores de

fiscalização estatal regionais foram criados, chefias desonestas apareceram, certificados de regularização foram exigidos e dificuldades ou facilidades foram negociadas no balcão da Previdência. Apesar dos problemas impostos pelos setores governamentais, através de médicos fiscais burocratas, o Sistema cresceu ininterruptamente na década de 70 e explodiu nos anos 80.

É inquestionável que o grande "marketing de venda" do Sistema foi e continua sendo a falência da medicina estatal. As siglas criadas pela interminável inventiva dos burocratas da saúde — PREVSAÚDE, PIASS, CONASP, Co-Gestão, SUDS — sucederam-se num perverso ciclo social de fracassos. Da polêmica Constituição de 88 para cá temos o SUS. É o novo campeão de vendas!

Os desdobramentos, bons e ruins, foram inevitáveis, conseqüentes à circulação meteórica de dinheiro, via uma sociedade perplexa e ansiosa por alguma proteção do maior capital que uma pessoa pode ter: sua saúde.

Nestas duas décadas coisas positivas aconteceram. Difusão do Sistema Per Capita por todo o país, até mesmo em inúmeras cidades do interior. Aperfeiçoamento contínuo, com profissionalização da Direção dos Grupos Médicos, através da colaboração de técnicos em administração, economia/finanças, informática, estatísticas e outros. Associações e fusões visando à economia de escala. Melhor relacionamento com a classe médica através de variadas experiências de parceria. Continuo reinvestimento em serviços próprios, visando a um melhor gerenciamento de qualidade: são mais de 100 hospitais próprios e mais de 600 centros médicos. Conscientização da maioria dos Grupos Médicos em atualização e modernização, através de esforço comum desenvolvido

pela Abramge — Associação Brasileira de Medicina de Grupo e o Sinamge — Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo, órgãos que aprimoram e defendem o Sistema. Finalmente, atento ao momento que vivemos, acaba de ser criado o CONAMGE — Conselho de Ética das Empresas de Medicina de Grupo — cujo objetivo é defender os direitos dos nossos usuários. O "Código de Ética" normatiza os procedimentos médicos, aprimorando e depurando o Sistema. Sobreviverão os eficazes e competentes.

Inevitavelmente, como duas faces da mesma moeda, situações negativas aconteceram. Os de sempre, "espertos e adeptos da lei do Gerson", entraram na nova atividade florescente, visando unicamente lucros fáceis a qualquer preço. Exploram médicos novos, de pouca experiência e aprendizado duvidoso, com salários aviltantes e condições de trabalho questionáveis. Cobram preços irrealistas, desprezam o imutável custo/benefício e levam ao descrédito um sistema médico saudável, até mesmo na maioria dos países do hemisfério norte. Entretanto, um país democrata e capitalista se caracteriza pela liberdade do cidadão. É natural se criar empresas e se disputar livremente uma parcela do mercado existente em qualquer atividade produtiva. Portanto, nada de mais que duas seguradoras tenham lançado, há poucos anos, seus planos de saúde, mediante reembolso das despesas por ocasião do "sinistro" — internação hospitalar, exames ou consultas — de acordo com a apólice de seguro.

Assim nasceu o seguro-saúde, nos mesmos moldes dos países ricos. Lá, a distribuição de renda é muito mais justa e o poder aquisitivo permite um grande número de seguros-saúde. Tudo conforme as regras do sistema securitário. Usou, recebe um cheque de reembolso de acordo com o

escrito na apólice seguradora. Igualzinho quando roubam um carro ou pega fogo em uma casa. A seguradora não compra outro carro e nem contrata uma construtora para refazer o que sobrou do incêndio. Seguro é para indenizar eventuais prejuízos. Trata-se de uma aposta. Você aposta que seu carro vai ser roubado e a seguradora que nada vai acontecer. O resto é cálculo atuarial e diluição do risco. Simples.

No Brasil tinha que ser diferente. As seguradoras despertaram para duas realidades do país: percentual baixíssimo dos que podem pagar um seguro-saúde e os recursos financeiros crescentes nos planos de saúde. Dai criarem um desdobramento do seguro-saúde, de valor menor, de modo a se aproximarem dos preços cobrados pelos grupos médicos de melhor qualidade. Transformaram-se em meros intermediadores de medicina. Imprimiram livretos com nomes e endereços de médicos e serviços, mediante contrato entre as partes, e passaram a pagar mensalmente os serviços médicos utilizados pelos usuários do seguro-saúde alternativo. Seguro-saúde de pobre, variante para o 3º mundo. Acontece que, ao abocanharem uma parcela maior de terceiros-mundistas, as seguradoras se transformaram em "prestadores de serviços" e como tal deveriam pagar I.S.S. municipal e responderem eticamente e juridicamente pelas crescentes e confirmadas más práticas médicas. Lembrem-se que cada vez temos mais médicos sabendo menos medicina. Entretanto, nada disso acontece. O imposto no caso é o I.O.F., pago pelo comprador da apólice de seguro-saúde subdesenvolvido. Se não bastasse esta sonogação, propiciando maior lucro, as seguradoras vêm manobrando nos bastidores do Ministério da Economia para enquadrarem todo o Sistema Médico Per

Capita — Medicina de Grupo, UNIMED's e administração de serviços médicos próprios — através de regulamentação ditada pela SUSEPE, Superintendência de Seguros Privados, transformando todo Grupo Médico em Segurador. Este órgão governamental há muito olha gulosamente para os recursos financeiros que circulam no Sistema de Medicina de Grupo.

Destacam-se os seguintes fatos comprobatórios:

□ Havia um parágrafo na "Lei Orgânica da Saúde" pelo qual o Ministério da Saúde estava obrigado a "regulamentar o sistema médico de medicina de grupo" até 180 dias após a promulgação da mesma. O parágrafo foi vetado pelo Presidente.

□ Um grande Grupo Médico, filantrópico, ultimamente se metamorfoseou em Seguradora, ramo vida e saúde.

□ Resposta no JB/Cartas, dia 06/01/91, da Assessora de Imprensa da GOLDEN CROSS às inúmeras reclamações de usuários, publicadas em vários jornais, a respeito dos grandes aumentos exigidos unilateralmente pela nova Seguradora: "A GOLDEN CROSS, implantando o seguro-saúde, está se antecipando à decisão da SUSEPE, já anunciada, em trazer para os esquemas de seguro-saúde todas as empresas que atuam em assistência médica e hospitalar, o que proporcionará maiores garantias aos seus segurados."

Prevalecendo o que se está desenhando, as Seguradoras vão controlar, paulatinamente, todo o sistema médico que pagar mensalidades. Assim sendo, todas as organizações médicas — mais de 400 — terão que se transformar em seguradoras. Muito poucas sobreviverão às exigências financeiras futuras da SUSEPE. Claro, tudo em nome da segurança do usuário.

Na prática médica diária o que vai acontecer? Para os 32 milhões de clientes das diversas formas do sistema, os valores das mensalidades, no mínimo, duplicarão. Os Grupos Médicos, que possuem serviços próprios — centros médico-hospitalares — e que praticam uma medicina organizada, operam o Sistema com valores 50% a 150% menores que as seguradoras.

Os grupos médicos menores, isto é, com menos de 50.000 clientes, irão desaparecer via fusão ou venda. Os maiores, acima de 100.000 clientes, deverão escolher entre se associarem a outros ou passarem a prestadores de serviços das seguradoras que, subitamente, descobriram uma irresistível vocação médica.

O crescimento ininterrupto de usuários torna o atendimento médico vulnerável a todas as ineficiências e perigos próprios do gigantismo estatal. O mais interessante desta complicada história é que o Ministério da Economia, tudo indica, vem patrocinando, numa estranha subserviência ao poder econômico, a cartelização da saúde. Afinal, presidente Collor, é para acabar ou incentivar os oligopólios? Somos um país sob o primato da liberdade de ação ou somos tangidos por papelórios regulamentadores escritos por ordem de espertalhões privilegiados?

Hipócrates, nascido na Ilha de Cós, 450 A.C., era médico ou investidor/financista do mundo grego? Medicina é a difícil arte de curar seres humanos doentes e não a manipulação de ativos, debêntures, bônus ou mercado de ações. No nosso altar temos a Cruz e a Vida, no deles Golden Coins.

* Médico, Vice-Presidente do Sindicato Nacional de Medicina de Grupo; Diretor ABRAMGE/CONAMGE.