

**espaço
democrático**

Fundação para Estudos e Formação Política do PSD



RELACIONAMENTO SUS E SETOR PRIVADO: REFLEXÕES



O autor

JANUARIO MONTONE

Gestor público e consultor em Saúde,
ex-presidente da ANS,
ex-secretário municipal de Saúde de São Paulo.



Documentos são publicações do Espaço Democrático, a fundação para estudos e formação política do PSD

A CHURRASCARIA DE VEGETARIANOS

“Vivemos numa churrascaria de vegetarianos, num país capitalista que tem horror ao lucro, a empresários e a empresas”. (Guanaes, 2015)

I. A churrascaria de vegetarianos

A frase do empresário e publicitário Nizan Guanaes sintetiza a alma brasileira e se aplica perfeitamente ao nosso sistema de saúde, especialmente a ele eu diria. Temos um sistema com cobertura universal, integral e de acesso gratuito, financiado pelos impostos, que compra do setor privado a maior parte dos serviços que presta, mas seus gestores e intelectuais orgânicos tem fortíssimas restrições à presença da iniciativa privada no setor. Apesar da universalidade do sistema público um quarto da população tem dupla cobertura como usuários do setor de saúde suplementar - os planos de saúde - cujos serviços contratam seja diretamente, através de suas corporações profissionais ou de seus empregadores. A cobertura assistencial dos dois subsistemas, o público e o privado, é praticamente a mesma, exceto pelos transplantes, mais restritos no setor privado que, no entanto, oferece tecnologias mais atualizadas em seus serviços, por força do mercado e da regulação do setor. É essa “churrascaria de vegetarianos” que vamos tentar entender.

Vamos discutir o quanto a coexistências desses dois subsistemas completamente diferentes e desintegrados tem gerado duplicação e desperdício de recursos e qual o seu impacto no desfecho das ações de saúde, na qualidade e nas condições de saúde da população.

Começaremos buscando um melhor entendimento do que é o SUS (Sistema Único de Saúde), suas origens, desenvolvimento e características - e como surgem e crescem os planos de saúde, até assumirem seu peso atual, quando as receitas que movimentam anualmente para atender 25% da população estão muito próximas do orçamento anual do SUS para atender toda a população e não só na assistência à saúde como muitos pensam.

O antagonismo entre os principais atores setoriais a partir das batalhas travadas na Constituição de 88 cavou um verdadeiro fosso entre os subsistemas que só recentemente começou a ser transposto em busca da sustentabilidade de ambos. O setor público buscando socorro na maior capacidade de entrega do setor privado e este buscando nas políticas públicas de saúde a metodologia para ampliar o valor e reduzir o custo de seus serviços.

A entrada em campo das Organizações Sociais de Saúde teve um importante papel nessa aproximação, trazendo a excelência de entidades sem fins lucrativos e com largo histórico de sucesso para o gerenciamento de unidades públicas de saúde, ampliando a agilidade e qualidade da entrega de serviços, a ponto de incentivar os ainda tímidos projetos de Parcerias Público-Privadas, como o pioneiro Hospital do Subúrbio, em Salvador, e o recém- inaugurado Hospital da Mulher, em São Paulo.

O enfrentamento da Covid-19 também demonstrou o potencial de uma integração público-privado na área da saúde. A resposta do SUS - com a organização de Estados e municípios superando a descoordenação federal - foi essencial para evitar uma catástrofe ainda maior e o histórico de nosso Programa Nacional de Vacinação permitiu um rápido avanço da vacinação, compensando, em parte, o atraso na aquisição das vacinas e o negacionismo do presidente da República.

O SUS teve que se reinventar e se reestruturar em tempo recorde e isso só foi possível graças à disponibilização dos recursos financeiros necessários, pela União, e à parceria com o setor privado. Com as organizações sociais, que responderam pela rápida expansão da rede de atendimento, ampliando os hospitais e criando espaços emergenciais. Com a rede de apoio do setor privado, que foi desde a doação de equipamentos ao financiamento de novas fábricas de vacinas.

Queremos reforçar a visão de quanto desperdício poderia ser evitado com uma ação coordenada dos dois subsistemas e quanto isso significaria na melhoria dos serviços de saúde para a população brasileira, reduzindo a desigualdade regional e social entre os brasileiros que têm dupla cobertura assistencial e os que dependem exclusivamente do SUS, além daqueles que, no mundo real, não têm qualquer cobertura.

Vamos iniciar nossa pequena jornada.

II. Para entender o SUS

Para entender o sistema de saúde brasileiro é importante entender o processo histórico que resultou nessa arquitetura institucional de um duplo sistema. Aqui, vamos visitar o processo de criação do SUS e tentar alinhar nosso entendimento sobre o sistema, o que servirá de base para trabalharmos os possíveis cenários futuros.

1. A Evolução do Sistema Público de Saúde Saúde no Brasil antes do SUS

Pode-se dizer que a primeira intervenção do Estado na área de saúde ocorreu com a chegada da Família Real portuguesa em 1808 (fugindo dos exércitos de Napoleão), quando Dom João VI inaugurou duas escolas de medicina para suprir a total ausência de médicos no país.

O surgimento de ações mais efetivas de saúde pública, no final do século 19, se dá no contexto das grandes epidemias nos maiores centros urbanos devidos às péssimas condições sanitárias. É a época das grandes reformas urbanísticas nas principais capitais brasileiras e de um esforço para erradicação de epidemias como a da febre amarela no início do século 20. Sob o comando de Oswaldo Cruz formou-se um exército invasor que localizava e exterminava os focos do mosquito transmissor. Também foi sob seu comando que, em 1904, toda a população brasileira foi obrigada a vacinar-se contra a varíola, gerando forte e violenta reação popular que ficou conhecida como a “Revolta da Vacina”. Estamos falando de um país com pouco mais de 18 milhões de habitantes, predominantemente rural, que acabara de abolir a escravidão (1888) e de proclamar-se uma República (1889). Segundo (Lottenberg, 2007), “a administração da saúde pública se restringia a escassas campanhas e à criação de instituições nas quais eram internados os doentes mentais ou exilados os portadores de doenças como a tuberculose”.

¹ O Colégio Médico-Cirúrgico em Salvador e a Escola de Cirurgia no Rio de Janeiro.² Devido às coligações partidárias nas eleições para deputados, os suplentes frequentemente pertenciam a partidos distintos dos titulares.

² Oswaldo Gonçalves Cruz foi um cientista, médico, bacteriologista, epidemiologista e sanitarista brasileiro. Foi pioneiro no estudo das moléstias tropicais e da medicina experimental no Brasil. Wikipédia

³ A estratégia “militar” de vacinação obrigatória para erradicação da febre amarela provocou intensa revolta e distúrbios nos grandes centros.

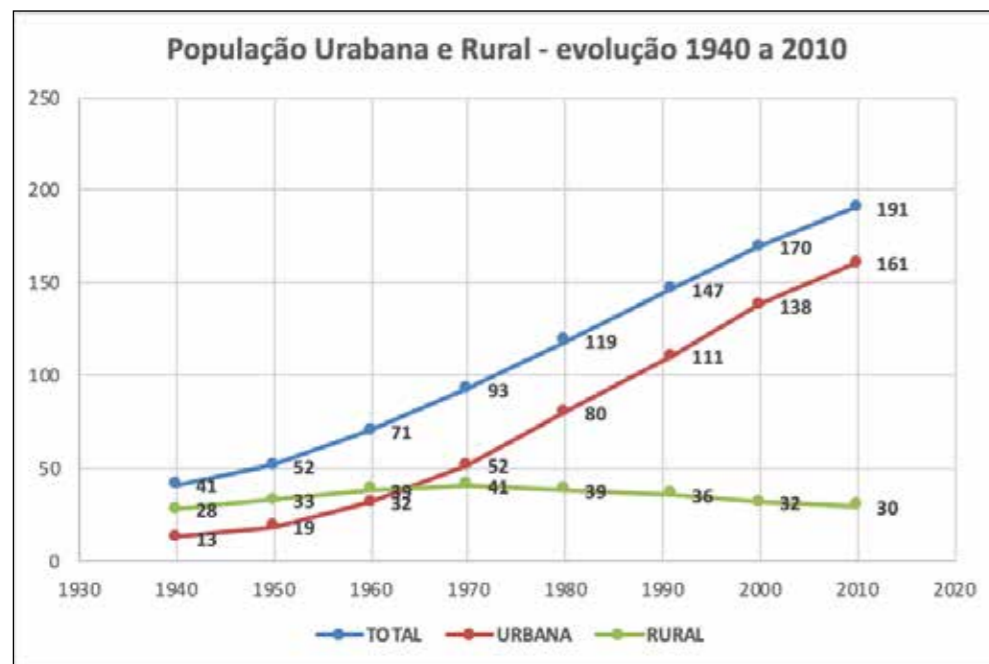


Figura 1 Evolução da população urbana e rural entre 1940 e 2010 (IBGE) em milhões de Habitantes

O cenário começa a mudar na década de 1920 com a industrialização e o surgimento do movimento sindical⁴ que levou a criação dos primeiros sistemas previdenciários⁵, precários, organizados por empresa e financiados pelos próprios empregados e patrões. O sistema de previdência e de assistência social de abrangência nacional somente foi organizado nos quinze anos do primeiro governo Getúlio Vargas⁶ (1930-1945). Foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)⁷ de abrangência nacional por categoria profissional e não mais por empresa, dirigidos e parcialmente financiados pelo estado.

Apesar de sua relevância, os IAPs estavam limitados à parcela da população urbana vinculada ao mercado de trabalho. O Brasil de 1940 tinha 41 milhões de habitantes, 68,7% deles na zona rural sem qualquer cobertura assistencial. Podemos estimar entre 15% e 20% o número de brasileiros cobertos pelo sistema, ressaltando que cada IAP oferecia um tipo de cobertura. O modelo

assistencial era absolutamente fragmentado, hospitalocêntrico e de medicina curativa.

Os anos 1950 e 1960 marcam a nova etapa da industrialização brasileira, com a chegada da indústria - entre outras, a automobilística, que traz a prática de oferecer assistência à saúde diferenciada para seus trabalhadores, criando a demanda que viabilizou o mercado de planos de saúde ainda incipiente. O oferecimento de planos de saúde era um dos principais instrumentos para atrair tra-

balhadores qualificados para as novas indústrias.

Em 1967 o Governo Federal cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), absorvendo e unificando todos os IAPs, criando assim o primeiro sistema de seguro saúde público nacional, porém, ainda vinculado ao mercado de trabalho formal da área urbana, que então já era de pouco mais de 50% da população (93 milhões em 1970). Apenas em 1971 os 41 milhões de habitantes da área rural começariam a ser incluídos no sistema de proteção social com a criação do Funrural⁸. A gestão do sistema era fragmentada e reforçava a prática da medicina curativa e modelo hospitalocêntrico sob total comando centralizado federal. Apesar do Ministério da Saúde ter sido criado em 1953, o INPS ficou na esfera do Ministério do Trabalho e posteriormente (1975) transferido para o Ministério da Assistência e Previdência Social, mantendo-se o Ministério da Saúde nas ações de promoção e prevenção.

O sistema viveu desde sempre deficiências em seu financiamento e incapacidade de prover os serviços

assistenciais com recursos próprios, ampliando cada vez mais a contratação de provedores privados, com ou sem fins lucrativos, para complementar a rede pública. A cobertura era extremamente desigual nas diversas regiões, com a maioria do atendimento concentrado na região Sudeste e nas áreas urbanas.

O setor privado também crescia fortemente na oferta de planos de saúde e em 1966 criava a Abramge - Associação Brasileira de Planos de Saúde, até hoje uma das maiores representantes do setor. Segundo (Aguilar, 1979) em 1978 o sistema gerido pelo Inamps contava com 41 hospitais próprios com 10.345 leitos e 3.130 hospitais contratados com 181.700 leitos. A rede privada foi responsável por nada menos que 85% das internações naquele ano.

Nos anos 1970 e 1980 ganharam força dois movimentos antagônicos, um que defendia a completa privatização dos serviços prestados pelo INAMPS e outra que defendia proibir a atividade privada no setor de saúde.

O Movimento da Reforma Sanitária

Nos anos 1970 começa a se organizar e a crescer o que posteriormente viria a ser chamado de Movimento da Reforma Sanitária, a partir de bem-sucedidas experiências de saúde coletiva em Estados e, principalmente, municípios. Nesse período foram criados os dois dos principais *think tanks* do sanitarismo em forte atividade até hoje: a ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva e o CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. A tese vencedora na Constituição de 1988, da saúde como direito de todos os brasileiros e dever do Estado, é uma construção do Movimento da Reforma Sanitária.

No período da ditadura militar, apenas os prefeitos eram eleitos diretamente, exceto os das Capitais, e os municípios transformaram-se em campo de experimentação das ações de saúde coletiva e da priorização da Atenção Básica (ou Atenção Primária) como eixo estruturante dos sistemas de saúde. A saúde foi incorporada na luta pela redemocratização por sua fácil penetração

popular e abrangência ao se ancorar nos Determinantes e Condicionantes Sociais da Saúde que permitiam discutir praticamente todos os aspectos da vida como educação, trabalho, habitação, alimentação e outros. A força dessa visão municipalista se cristaliza na 8a. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, nos primórdios da Nova República⁹, com direito a abertura feita pelo então presidente José Sarney, reforçando a proposta da saúde como direito do cidadão e dever do Estado e do município como gestor.

A Constituição de 88

A base conceitual do que seria a "Seção II - Da Saúde" da Constituição de 1988 foi a 8a Conferência Nacional de Saúde, que garantiu no Artigo 196: "A saúde é direito de todos e dever do Estado...". Porém, o setor privado teve importantes vitórias ao ficar definido que as ações e serviços de saúde podem ser executados diretamente ou através de terceiro (Art. 197) e, principalmente, que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada (Art. 199). Como resultado, o mundo real ficou devidamente garantido pela Constituição, que também definiu o futuro a ser construído: um sistema público universal, integral e de acesso gratuito.

Infelizmente, a própria Constituição encarregou-se de dificultar imensamente a tarefa, que já não seria simples, ao provocar um total retrocesso no modelo de administração pública brasileiro, que já avançara muito para uma gestão gerencial. O que a Constituição de 88 teve de avançada em temas sociais ela teve de atrasada em termos de modelo de administração pública, com enorme impacto negativo. A capacidade gerencial do Estado brasileiro regrediu fortemente, simultaneamente à crise permanente da economia (período 1985 a 1994) e à crise política ("impeachment" de Fernando Collor em 1991). O Programa Nacional de Reforma do Estado lançado pelo Governo Fernando Henrique Cardoso em 1995 foi exatamente um projeto dito "escapista", uma forma de contornar a Constituição de 88 quanto ao modelo de administração pública.

⁴ Liderado pelos imigrantes que chegaram na esteira do fim da escravidão e início da industrialização.

⁵ A Lei Eloy Chaves de 1923 criou o Sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)

⁶ Getúlio Vargas liderou a Revolução de 1930 e governou ditatorialmente, principalmente após 1937 com o chamado Estado Novo, até 1945. Foi eleito Presidente em 1950 e suicidou-se em 1954.

⁷ O primeiro, em 1933, foi o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPM)

⁸ Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural.

⁹ Como foram chamados os primeiros governos pós redemocratização.

Outra novidade de enorme impacto para a área da Saúde foi a elevação dos municípios brasileiros a entes da Federação, autônomos em relação aos Estados e à União¹⁰. Como a responsabilidade pelo sistema de saúde ficou dividida entre a União, Estados e Municípios, a organização do sistema contemplou 1 Gestor Federal, 27 Gestores Estaduais (incluído o Distrito Federal) e 5.570 Gestores Municipais.

Os desafios da implantação do SUS

A implantação do sistema foi progressiva. A incorporação do INAMPS¹¹ ao Ministério da Saúde se deu apenas em 1990, ano também da edição da Lei Orgânica da Saúde¹² que efetivamente organizou o Sistema Único de Saúde (SUS) e a instituição da participação popular na sua gestão¹³. Foi também em 1990 que se criou a FUNASA - Fundação Nacional de Saúde¹⁴, resultado da fusão dos dois "braços armados" do Ministério da Saúde, a Fundação Serviços de Saúde Pública - FSESP e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM e seu exército de milhares (60 mil) de mata-mosquitos transformados em servidores públicos estatutários. Vamos lembrar que estamos falando do Governo Collor pouco antes do processo que levou à sua renúncia e posse de Itamar Franco. Destacando alguns dos desafios:

Explosão da demanda

O sistema público era restrito à população atrelada ao mercado formal de trabalho, além de uma presença tímida na área rural. Passou a responder por toda a população, contando com a mesma estrutura anterior, que estava longe de oferecer serviços de qualidade, uma das maiores razões para o crescimento dos planos de saúde.

Modelo Assistencial

Conceitualmente, a vitória foi da saúde coletiva tendo a Atenção Primária como eixo estruturante e a participação

popular como diferencial. Na prática, o INAMPS, com sua medicina curativa e hospitalocêntrica, engolfou o Ministério da Saúde, que não tinha estrutura capaz de resistir ao poder de fato da antiga estrutura, agora como Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Até 1997 todos os titulares dessa secretaria foram oriundos dos quadros do antigo INAMPS. Além disso, parte substancial da antiga estrutura do INAMPS seria descentralizada para Estados e Municípios, como os postos de assistência médica, os famosos PAMs¹⁵.

Modelo de Financiamento

A Constituição estipulou que as três esferas deveriam financiar a Saúde, mas Estados e municípios até então gastavam o que queriam gastar em programas próprios e desvinculados da União, exceto por convênios de atendimento e prestação de serviços. Antes do SUS o financiamento era precário e vinculado ao sistema previdenciário. Com o SUS o financiamento continuou precário, agravado pelo súbito e explosivo aumento de demanda gerado pela universalização. A situação foi se agravando até a criação da CPMF em 1997, que embora não tenha de fato ampliado os recursos porque houve substituição de fonte pelo governo federal, gerou um fluxo permanente e previsível de recursos independente da boa vontade da área financeira do governo. A estabilidade econômica também permitiu uma racionalização no uso dos recursos e ampliou (ou gerou, na verdade) a efetividade do planejamento.

Modelo de Governança

Três esferas de governo independentes e autônomas entre si: União, Estados e Municípios. Essa definição da Constituição somada à exigência de ampla participação popular na gestão do SUS exigiram a criação de uma arquitetura institucional de governança por consenso, com poderes de coerção localizados e gerados pela maior capacidade de financiamento da União.

Modelo de Gestão

O modelo predominante nas três esferas é o Burocrático com foco no controle prévio e não na efetividade dos resultados. Mesmo nas entidades autônomas (autarquias e fundações) o modelo de gestão gerencial é extremamente superficial, em especial pelas amarras no sistema de compras e contratação de obras e serviços e, principalmente, pelo regime jurídico estatutário da força de trabalho e seus pilares da ineficiência: a estabilidade dos servidores e o crescimento automático dos salários. Todas as ilhas de excelência do SUS funcionam em modelos alternativos que não se submetem às amarras da gestão pública burocrática, como a Rede Sarah (Organização Social Autônoma com orçamento próprio) e o Instituto do Coração de São Paulo (que vende serviços ao setor privado através da Fundação Zerbini), entre outros.

O SUS é um vencedor

É fundamental reconhecer o sucesso do SUS, apesar de todos os desafios e problemas. É o maior sistema universal do mundo, também o maior transplantador de órgãos, tem o mais amplo programa de vacinação gratuita e teve um impacto enorme na melhoria da expectativa de vida dos brasileiros e na redução do Coeficiente de Mortalidade Infantil.

2. A Regulamentação dos Planos de Saúde

Na assistência à saúde o setor privado atua em duas vertentes:

- I. Complementar: quando são contratados pelos SUS para prestação de serviços à população ou gerenciamento de unidades e serviços de saúde;
- II. Suplementar: quando organizam redes de atendimento duplicando o atendimento do SUS, remunerados diretamente por seus contratantes, ou seja, os planos de saúde.

Resultados: expectativa de vida e mortalidade infantil

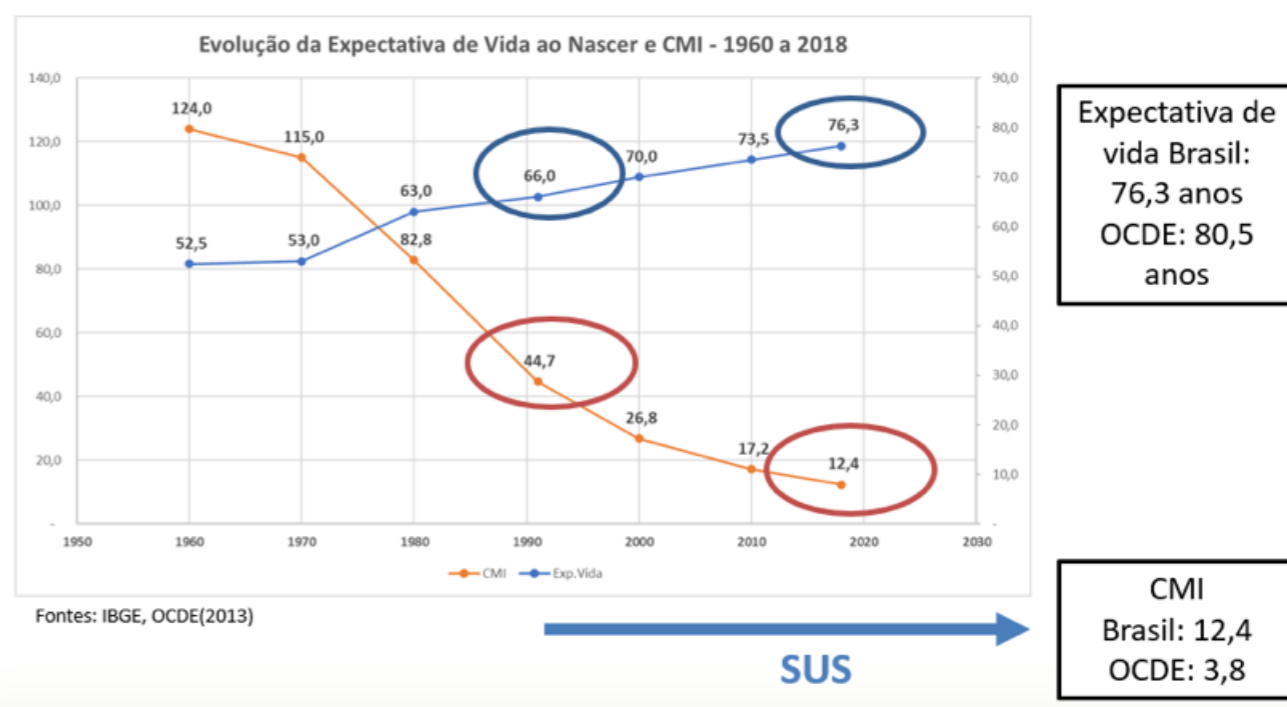


Figura 2- Evolução da Expectativa de Vida e CMI

Sucesso relativo se compararmos com os países da OCDE, indicando o quanto temos ainda que progredir.

¹⁰ L" Art. 18. A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição".

¹¹ Decreto n. 99.060/1990. O INAMPS foi extinto pela Lei n. 8.689/1993.

¹² Lei n. 8.080, 19/09/1990.

¹³ Lei n. 8.142, 28/12/1990.

¹⁴ Lei n. 8.029, 12/04/1990.

¹⁵ 1.042 em 1978 segundo (Aguiar, 1979).

Os planos de saúde fornecem uma cobertura assistencial que duplica a oferecida pelo SUS, financiado pela receita da contratação dos seus serviços pelos usuários, daí serem considerados suplementares. O SUS oferece aos seus usuários tudo que os planos são obrigados a oferecer, além de itens adicionais, como a maioria dos transplantes, vacinação gratuita, medicamentos gratuitos e outros. Os planos de saúde só não podem ser considerados **substitutivos** porque quem contrata um plano continua tendo direito integral de acesso ao SUS, ou seja, tem dupla cobertura, a pública e a privada.

A diferença no mundo real está no modelo de atenção da saúde suplementar (a medicina curativa de livre escolha), na disponibilidade mais realista da rede assistencial, na disponibilidade de tecnologias mais modernas, na qualidade do atendimento e possibilidade de diferenciação de hotelaria.

A obrigatoriedade de regulamentação do setor privado também surge na Constituição e a primeira iniciativa nesse sentido foi em 1989, mas muito pouco aconteceu até 1996 porque o tema não estava na agenda nem do Executivo nem do Legislativo. Enquanto isso o mercado crescia e a pressão social igualmente.

Em 1991 foi aprovado o Código de Defesa do Consumidor (CDC) que começou a forçar uma melhoria na prestação de serviços, criando um sistema de defesa do consumidor mais acessível, de rito mais rápido e repercussão na mídia, porém, como não podia deixar de ser, a base de atuação eram os contratos e aí começava o problema. Muitos eram contratos leoninos, com cláusulas abusivas, porém o modelo de negócio podia ser considerado abusivo. Era prática de mercado a exclusão de doenças, a limitação de dias de internação, inclusive na UTI, a exclusão de doenças e lesões pré-existentes, carências que chegavam a 24 e até 36 meses. O CDC ao menos obrigava as operadoras a cumprirem de fato o contrato.

O modelo de negócio do setor sofreu outra mudança importante em 1994 com o Plano de Estabilização Eco-

nômica que criou o Real. A queda da inflação reduziu drasticamente os ganhos financeiros da operação dos planos de saúde, embora eles continuem muito relevantes até hoje. A estabilização da economia também pôs a nu a política de aumentos e reajustes cruzados praticada pelo setor, menos perceptível com inflação de 40% ao mês, contas bancárias com remuneração diária e gatilhos salariais automáticos.

A pressão da sociedade pelo controle dos planos de saúde tornou-se ensurdecida e segmentos importantes do mercado começaram a defender a regulamentação para melhorar sua qualidade e aumentar a competitividade. O setor de seguro saúde, já regulamentado, era o que se via mais prejudicado. No âmbito das discussões para criação da CPMF (Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira), em 1996, a regulamentação do setor entra na agenda do governo pelas mãos dos Ministérios da Fazenda e da Justiça. A área econômica já controlava o seguro saúde, através da SUSEP¹⁶, e temia o impacto inflacionário dos reajustes do setor. O Ministério da Justiça comandava, como ainda comanda, o sistema de defesa do consumidor e sofria enorme pressão dos PROCONS de todo o país alavancadas pela ação das ONGs consumeristas e da mídia. O Ministério da Saúde passava ao largo desse debate porque estava imerso na organização do sistema público, incluindo a luta pela criação da CPMF, e olhava com desconfiança total a ação do setor privado.

A visão predominante entre os gestores e intelectuais orgânicos da saúde era, e infelizmente parece que continua sendo, que o setor privado iria desaparecer “naturalmente” quando o SUS tiver qualidade suficiente para atender a população.

A Batalha no Congresso

Em 1997 o Governo finalmente entrou em campo criando uma comissão com integrantes dos Ministérios da Fazenda, Justiça e Saúde¹⁷ e mobilizando as lideran-

ças da Câmara. A pressão social aumentava e o Presidente Fernando Henrique sinalizou com a possibilidade de editar uma Medida Provisória caso o Congresso não avançasse, o que acabou acontecendo graças à iniciativa do então Presidente da Câmara, Michel Temer¹⁸, que levou o assunto à votação do plenário onde foi finalmente aprovado em outubro de 1997.

Em meu livro (Montone, Planos de Saúde, passado e futuro, 2009) sobre a regulamentação do setor, registrei: “As reações ao projeto aprovado foram quase unânimes. Ninguém gostou, mas alguns desgostaram menos do que outros. Foi identificado como pró-operadoras, mas era a expressão de uma concepção de regulação de mercado por seu componente econômico, priorizando o controle sobre a solidez das empresas e do mercado, de sua capacidade de honrar os serviços contratados. O produto desse mercado, no caso assistência à saúde, teria parâmetros gerais e foco total no contrato como instrumento de regulação entre as partes”.

O projeto de lei aprovado retornou ao Senado e gerou uma nova batalha, mais dura, porém bem mais rápida. Em todo o processo de discussão até então a liderança do projeto no âmbito do Governo fora do Ministério da Fazenda (Ministro Pedro Malan), porém em 1998 ocorre uma mudança significativa nesse cenário: o senador José Serra assume o Ministério da Saúde, o que fortalece, e como, o polo da Saúde na discussão. O novo ministro luta para ampliar a regulação sobre o “produto” assistência à saúde, exigindo das operadoras a cobertura de todas as doenças, sem possibilidade de exclusões, redução de carências, inclusive por doenças e lesões pré-existentes, proibição da seleção de risco entre outras. Era, literalmente, outro projeto, que conseguiu o apoio necessário no Senado, principalmente porque estava muito mais próximo dos anseios da sociedade.

Para evitar novos atrasos na regulação do setor houve um acordo no qual o Senado aprovou o projeto que veio da Câmara sem qualquer alteração, exatamente para

evitar seu retorno para nova discussão naquela casa, e as alterações aprovadas pelo Senado foram objeto de um Medida Provisória. O Marco Legal da regulação ficou composto pela Lei nº 9.656, a Lei Geral dos Planos de Saúde, de 03 de junho de 1998 e pela Medida Provisória nº 1.665, de 5 de junho de 1998¹⁹.

A nova legislação trouxe inegáveis vantagens para os consumidores e para o sistema de saúde. Alguns destaques:

- Garantir a integralidade da cobertura assistencial, proibindo a exclusão de doenças e tratamentos, inclusive câncer, AIDS e transplantes²⁰.
- Fixar que a cobertura obrigatória é sempre a do **Rol de Procedimentos** estabelecido pela agência reguladora e revisto a cada dois anos, independente da data de aquisição do plano²¹.
- Proibir o rompimento unilateral dos contratos por parte das operadoras, inclusive para contratos antigos.
- Estabelecer o controle de reajustes das mensalidades.
- Limitar os reajustes por faixa etária.
- Proibir a seleção de risco por parte das operadoras, de forma inédita no mundo. As operadoras não podem recusar um usuário, seja por motivo de idade ou condição de saúde, mesmo em casos de doença e lesão preexistente, ou qualquer outro.
- Estabelecer, também de forma inédita no mundo, uma inversão na lógica da doença e lesão preexistente (DLP), ao definir que só pode ser assim qualificada aquela que o consumidor é portador e sabe que é portador no momento da assinatura do contrato. Também inverteu o ônus da prova em casos de suposta fraude: o ônus da prova é da operadora que tem que garantir o atendimento até que o processo seja encerrado.
- Limitar as carências em seis meses no máximo, exceto para parto (10 meses) e cobertura parcial temporária (24 meses) para os casos de DLP.
- Aumentar a proteção à poupança do consumidor e a garantia de atendimento futuro ao obrigar as operadoras a constituir reservas financeiras que garantam

¹⁷ O novo Ministro da Saúde, Carlos Albuquerque, tinha uma visão bem mais clara da necessidade de regulação do setor e buscou criar um protagonismo da área da Saúde, com forte apoio da Casa Civil (Ministro Clóvis Carvalho) diga-se de passagem.

¹⁸ Ex-presidente da República

¹⁹ Essa MP não foi convertida em lei até hoje e a partir de 2001 é identificada como MP 2.177-44

²⁰ Art. 10 da Lei n. 9.656/1998 com a redação dada pela Medida Provisória n. 2.177-44/2001.

²¹ §4º do Art. 10 da Lei n. 9.656/1998 incluído pela Medida Provisória n. 2.177-44/2001. Resolução Normativa n. 287/2015 da ANS (Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde de Alta Complexidade).

¹⁶ Superintendência de Seguros Privados

a continuidade de seus serviços. **Em 2015 as Reservas Técnicas atingiram R\$ 29,8 bilhões.**

- Proibir as operadoras de encerrar suas atividades e simplesmente deixar seus consumidores sem atendimento, como era comum. O encerramento hoje só é autorizado após a garantia de atendimento dos consumidores, nas mesmas condições de seu contrato original, por outra operadora.

A nova legislação entrou em vigor em 1º de janeiro de 1999 e sua implantação ficou sob responsabilidade dos Ministérios da Fazenda e da Saúde, o que foi alterado já em setembro do mesmo ano. O seguro-saúde foi definitivamente incorporado ao modelo com a criação do conceito jurídico de Plano Privado de Assistência à Saúde e a transferência de toda a regulação para a esfera do Ministério da Saúde que, pouco depois, criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)²².

Impactos da Regulação

Os impactos no modelo de negócio do setor foram enormes. As Operadoras antes se organizavam livremente, respeitando exclusivamente a legislação do tipo societário, basicamente: associações civis, seguradoras, cooperativas e entidades sem finalidade de lucros (autogestões). Hoje as Operadoras precisam de autorização de funcionamento da ANS e têm que divulgar o seu número de registro em todos os documentos e publicidade. Têm regras uniformes de operação, exigência de reservas garantidoras de sua operação e estão sujeitas a intervenção e liquidação pela ANS, como aconteceu recentemente com a Unimed Paulistana.

Em relação ao produto Assistência à Saúde a mudança foi ainda mais forte porque não havia qualquer regulamentação anterior, exceto para as seguradoras que eram obrigadas a oferecer uma cobertura mínima. Cada empresa definia seu conceito de “plano de saúde”, estabelecia suas carências e exclusões de cobertura e do próprio usuário pela não renova-

ção do contrato. Os aumentos (por idade) e reajustes (para repor a inflação e por desequilíbrio econômico-financeiro) eram livres. Depois da regulação a cobertura é integral e os procedimentos obrigatórios são definidos pelo Rol de Procedimentos fixado e atualizado periodicamente pela ANS. Os reajustes são controlados, assim como o preço de entrada no mercado. Cada plano de saúde é um produto que deve ser registrado na ANS para comercialização. A seleção de risco foi proibida, assim como o rompimento unilateral dos contratos individuais, que passaram a ser renovados automaticamente.

A regulação limitou a diferença entre os diversos planos de saúde, que hoje se resumem a:

- Segmento: os planos podem ser médico-hospitalares (com ou sem obstetrícia) ou ambulatoriais²³;
- Abrangência (área geográfica): a área de cobertura pode ser municipal, regional, estadual ou nacional;
- Rede assistencial: cuja composição é definida para cada plano;
- Hotelaria: tipos de acomodação (enfermaria ou apartamento)
- Regras de acesso: se o usuário tem livre escolha e reembolso ou livre escolha entre uma rede credenciada ou acesso gerenciado, por exemplo;
- Qualidade: a ANS desenvolveu diversos indicadores de apoio aos usuários e para fiscalização do setor
- Preço

O maior problema da regulação foi sua estagnação estratégica. O setor foi regulado com base em informações pouco confiáveis sobre o modelo de negócio. Os demais setores já eram regulados e o Estado detinha o conhecimento do setor, como nos casos da telefonia (através da Telebras), do setor elétrico (através da Eletrobras) e mesmo da vigilância sanitária (através da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária). No setor de saúde suplementar esse conhecimento teve que ser adquirido simultaneamente ao processo de regulação, o que, é claro, exigiria revisões estratégicas a partir da nova base de

conhecimento. Isso não aconteceu. A regulação transformou-se numa espécie de linha auxiliar do sistema de defesa do consumidor, reduzindo sua missão de garantir o equilíbrio e o desenvolvimento do setor, o que vamos explorar mais adiante, mas é importante registrar que isso potencializa a resistência aos ajustes necessários..

III. Relacionamento entre o Setor Público e o Setor Privado

1. Contexto Atual

O setor privado participa desde sempre na área de Saúde brasileira, começando pelas Santas Casas de Misericórdia que atuavam na benemerência antes de qualquer vestígio de um sistema público de saúde. O surgimento dos provedores de serviço com finalidade de lucro e seu crescimento são fenômenos mais recentes, como recente é nosso sistema público, cujos primeiros passos mal completaram um século. Como vimos, o INAMPS era um sistema colossal e o SUS é maior ainda, porque universal, integral e de acesso gratuito aos cidadãos brasileiros. O setor privado só fez crescer assim como sua participação na prestação de serviços complementares ao SUS. A partir dos anos 60 um novo ator se agrega a esse cenário: as empresas operadoras de planos de saúde que organizam redes assistenciais, próprias ou contratadas, para o atendimento aos seus usuários e esse setor, hoje chamado de Saúde Suplementar, cresceu enormemente a ponto de atender hoje a 25,7 % da população brasileira.

O “Sistema Nacional de Saúde”

De acordo com dados compilados pela Anahp²⁴, 51,6% dos leitos disponíveis ao atendimento do SUS (2013) eram leitos privados contratados para atender o subsistema público. No total, 68% dos leitos disponíveis no Brasil são privados, incluindo os filantrópicos, sendo que 47% dos leitos privados (150.037 leitos) atendem exclusivamente o subsistema privado.

Também eram privados 66,6% dos equipamentos existentes no país. Os equipamentos públicos eram particularmente reduzidos para diagnóstico por imagem:

Tipo	% Equipamentos Públicos
Raio X	20,6%
Tomógrafo Computadorizado	14,1%
Ressonância Magnética	5,7%

A participação do setor público na prestação de serviços cresceu desde os tempos do INAMPS quando os leitos públicos eram apenas 5,4% (1978)²⁵ do total, mas permanece o fato de que a maioria dos serviços de média e alta complexidade oferecidos pelo SUS são contratados junto a prestadores privados. Quando analisamos o relacionamento do setor público e do setor privado é necessário estabelecer uma distinção entre os vários clusters que compõe a base de provedores de serviços, materiais, equipamentos e medicamentos e os dois subsistemas de assistência à saúde, público e privado, que são compradores desses serviços e insumos para atender seus usuários.

Na Figura 4 (na próxima página) eu tento resumir as relações entre o SUS, os dois subsistemas de assistência à saúde (público e privado), os provedores de serviços de saúde e a base industrial e de serviços a eles associados.

O SUS deve ser entendido como nosso “Sistema Nacional de Saúde” com as funções de estabelecer as políticas de saúde, regular e fiscalizar o funcionamento do sistema. Ele também é responsável pelo financiamento e gestão do subsistema público de assistência à saúde, que se utiliza de serviços próprios e contratados juntos a provedores privados para o atendimento dos seus usuários e de organizações sociais para gerenciamento de seus equipamentos próprios. As ações do Sistema Nacional de Saúde são, na prática, mais concentradas na esfera federal, assim como as macrodefinições do subsistema de assistência (como a Tabela de Remuneração do SUS por exemplo). A execução dos serviços é pulverizada pelos 26 Estados, Distrito Federal e 5.570 Municípios.

²² Criada em dezembro de 1999 através de Medida Provisória convertida na Lei nº 9.961, de janeiro de 2000.

²³ Aqui não estamos falando dos planos odontológicos

²⁴ Livro Branco - Brasil Saúde 2015 - ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados

²⁵ Ver Capítulo “Para entender o SUS” deste estudo.

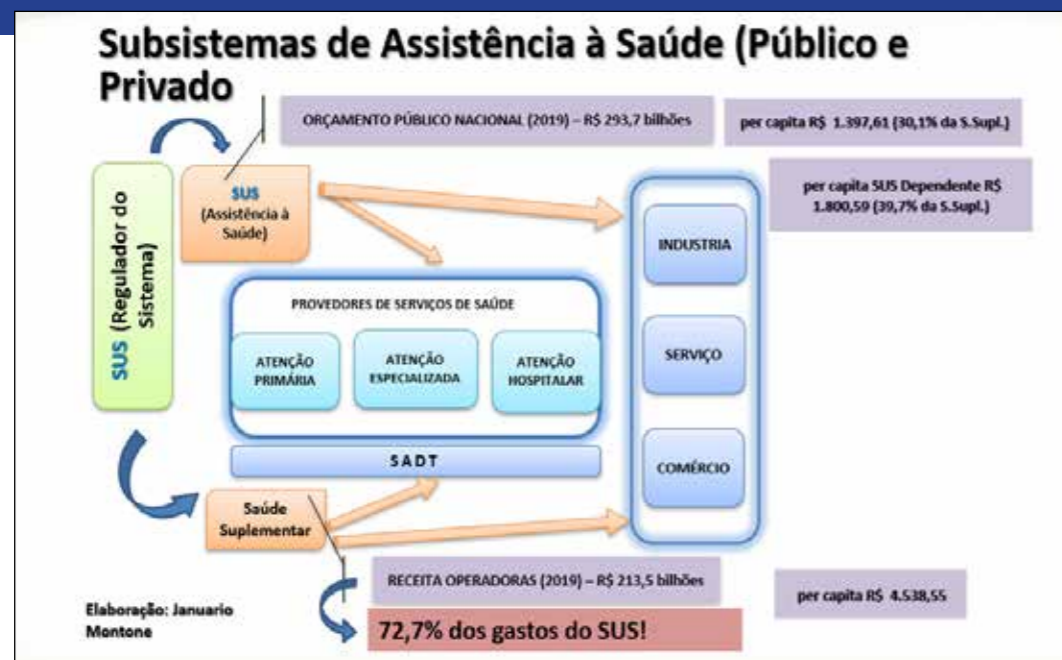


Figura 4 - Subsistemas Público e Privado de Saúde (elaboração do autor)

O Setor de Saúde Suplementar é composto pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde que contratam junto à rede de provedores privados a totalidade (seguradoras e autogestões) ou a maior parte (medicina de grupo e cooperativas) dos serviços para atender seus usuários. O setor é financiado pela receita das contraprestações dos planos comercializados que também deve dar conta da manutenção das reservas técnicas exigidas pela regulação (que atingem mais de R\$ 30 bilhões). A sinistralidade do setor está em torno de 83%²⁶.

A utilização dos recursos disponíveis é muito mais eficaz no subsistema privado em que cada operadora gerencia a totalidade de sua receita e a utilização de sua rede assistencial. Cada operadora é responsável pela integralidade da linha de cuidados de seus clientes.

A Figura 4 mostra que o “Sistema Nacional de Saúde” contou com R\$ 1.397,61/per capita em 2019, ou seja, para todas as funções do SUS, e pulverizado entre União, Estados e Municípios. O setor de Saúde Suplementar contou com uma receita média de R\$ 4.538,55/per capita para fornecer exclusivamente a assistência médico-hospitalar contratada. A receita das operadoras (2019) foi equivalente a 72,7% do orçamento nacional do SUS!

A Estratégia dos Prestadores de Serviço

Os prestadores de serviço já ter definiram sua estratégia: defender a maior integração dos setores público e privado com maior participação da iniciativa privada na prestação dos serviços e no gerenciamento dos equipamentos públicos. Em documento²⁷ de ampla divulgação a Anahp expôs “propostas para o aprimoramento da atenção à saúde e da atuação integrada entre os setores público e privado, visando uma assistência com maior qualidade e eficiência”.²⁸ São apresentadas 12 propostas, a primeira delas sendo o fortalecimento do SUS a partir da maior integração dos setores público e privado, ideia que vai se desdobrando nas demais propostas.

Parece claro que além do aperfeiçoamento do setor eles cuidam também da ampliação do seu mercado de atuação disputando o inevitável aumento dos Gastos Públicos em Saúde que devem, no mínimo, dobrar nos próximos dez anos.

Uma das linhas de atuação que parece estar em construção é atuar no gerenciamento de unidades e serviços de saúde, nos moldes das organizações sociais, criando um mercado promissor de gerenciadoras de serviços públicos de saúde.

Estratégia das Operadoras

As operadoras têm atuado fortemente no que se poderia chamar de “varejo estratégico da regulação”, esforçando-se para evitar ou retardar mudanças geradoras de custos adicionais por parte do Congresso e da ANS e articulando concessões do Executivo que permitam reduzir os custos do setor, como a alteração da base de incidência de impostos e redução das reservas técnicas. Os documentos setoriais demonstram uma enorme preocupação com o envelhecimento crescente da população e seus impactos no setor de saúde e com o crescimento desordenado da taxa de utilização do sistema.

É uma estratégia de defesa que produziu iniciativas interessantes:

- Uma das maiores operadoras passou a oferecer aos seus usuários com indicação de certas cirurgias uma segunda opinião do Hospital Albert Einstein, mantendo a autorização mesmo em caso de opinião divergente; os resultados têm sido animadores;
- O setor incentivou a criação da ASAP - Aliança para a Saúde Populacional que busca difundir os conceitos de Gestão da Saúde Populacional baseado na estratificação da população em quatro grupos (saudável ou risco não identificado, risco identificado, em tratamento e alta complexidade) e propõe estratégias específicas para cada grupo, investindo fortemente nas questões comportamentais por considerar que 50% dos determinantes da saúde estão ligados aos hábitos pessoais.
- A tendência de verticalização é crescente e tem provocado a entrada no setor de grandes redes de provedores, em especial hospitalares, gerando um enorme desafio regulatório para assegurar a competitividade e a qualidade dos serviços;
- As operadoras aceleram a implementação de uma versão privada do modelo de Atenção Primária do SUS, com a criação de clínicas da família e outras alternativas, facilitadas pela acelerada implementação da saúde digital após a liberação dos serviços e telemedicina.

O setor ainda absorve o impacto da recente legislação que tornou o Rol de Procedimentos da ANS meramente exemplificativo, abrindo as portas para a total falta de previsibilidade econômica e atuarial.

Estratégia Setorial Ampliada

Num movimento inovador e relevante, as principais entidades das Operadoras, Prestadores e da Indústria se associaram (2014) para lançar o movimento Coalizão Saúde, “um movimento do setor que tem como objetivo contribuir para a inovação, a otimização de custos, o aperfeiçoamento dos processos regulatórios e as políticas de prevenção e promoção como pilares centrais para que a saúde brasileira avance no rumo certo e beneficie milhões de brasileiros que precisam dela²⁹. O movimento evoluiu para a criação do Instituto Coalizão Saúde, um importante think tank do setor, espaço privilegiado na tentativa de integração dos vários players, mas ainda distante do setor público.

Estratégia do Governo Federal

A estratégia federal tem sido manter o setor privado atuando como prestador de serviços complementares com tímidas iniciativas de integração. Mesmo na busca de alternativas de modelos de gestão buscou soluções no próprio setor público, como a criação de EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) que absorveu todos os hospitais federais.

Não houve apoio aos projetos de Parceria Público-Privada na área na Saúde. Também não houve apoio ou reconhecimento ao modelo de parceria com Organizações Sociais.

O projeto de parceria mais ousado foi o das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) a partir de 2009 para produção nacional de fármacos e equipamentos, reduzindo nossa dependência externa e o déficit da balança comercial do setor. O modelo do programa reforça o viés nacional estatista do governo, exigindo a inclusão de um laboratório público na parceria de transferência de tecnologia.

²⁶ Fenasaude

²⁷ “Livro Branco: Brasil Saúde 2015 - A sustentabilidade do Sistema de Saúde brasileiro”

²⁸ Idem

²⁹ Fenasaude

Estratégia dos Governos Estaduais e Municipais

Responsáveis pela entrega direta dos serviços de saúde aos cidadãos, Estados e municípios têm sido mais ousados e inovadores nas parcerias com o setor privado. As parcerias com Organizações Sociais, implementadas no Estado de São Paulo em 1998, hoje estão presentes em todos os Estados e em suas capitais e na grande maioria dos municípios de médio e grande porte, conforme estudo do IBROSS.³⁰

Também as PPPs - Parcerias Público-Privadas tiveram um tímido avanço por iniciativas estaduais e municipais, novamente tendo o Estado de São Paulo como mais avançado, inclusive no modelo que considero mais adequado para os hospitais públicos, com PPPs para as atividades de *utilities&facilities* e contratos de gestão com organizações sociais para as atividades clínicas. A aprovação do MROSC - Marco Regulatório das organizações da Sociedade Civil, Lei nº 13.019/2014, substituiu os frágeis convênios por instrumentos mais eficazes e efetivos de parceria com entidade do terceiro setor, permitindo seu fortalecimento.

Tabela 2. Estados e número de municípios que possuem regulamentação com OSS e número de OSSs por UF (Brasil, 2018)

Estado	Lei	Nº munic. com lei	Nº de OSSs - IBGE	Nº de OSSs - Levantamento
Acre	Não possui	0	0	0
Alagoas	Lei nº 7.777/16	0	4	4
Amapá	Lei nº 599/01	0	2	2
Amazonas	Lei 3.900/13	0	0	2
Bahia	Lei Ordinária nº 8.647/03	3	55	32
Ceará	Lei nº 12.781/97	5	23	14
Distrito Federal	Lei nº 4.081/08	-	1	1
Espírito Santo	Lei Complementar nº 489/09	4	13	12
Goiás	Lei nº 15.503/05	3	17	18
Maranhão	Lei nº 7.066/98	0	13	36
Mato Grosso	Lei Complementar nº 150/04	2	7	8
Mato Grosso do Sul	Lei nº 4.698/15	1*	4	2
Minas Gerais	Lei nº 23.081/18	12	162	36
Pará	Lei nº 5.980/96	2	24	16
Paraíba	Medida Provisória nº 178/11	3	9	10
Paraná	Lei Complementar nº 140/11	5	20	8
Pernambuco	Lei nº 15.210/13	5	41	39
Piauí	Lei Ordinária nº 5.519/05	1	0	0
Rio de Janeiro	Lei nº 5.498/09	13	302	135
Rio Grande do Norte	Lei Complementar nº 27/04	1	0	0
Rio Grande do Sul	Projeto de Lei nº 44/16	6	42	12
Rondônia	Lei nº 3.122/13	1	1	1
Roraima	Não possui	0	0	0
São Paulo	Lei Complementar nº 846/98	51*	1.196	595
Santa Catarina	Lei nº 12.929/04	5	24	36
Sergipe	Lei nº 5.217/03	1	28	0
Tocantins	Lei nº 2.472/11	1	3	0

Fonte: IBROSS e Pesquisa de Informações Básicas (IBGE, 2019).

2. Construindo a Integração dos Subsistemas Público e Privado

Entre os atores do setor privado se esboça um razoável consenso de que é não só desejável, mas imprescindível, a maior integração dos dois setores. Os atores institucionais do SUS ainda olham com reservas essa possibilidade. A questão chave colocada para esta reflexão é: como a integração dos setores público e privado pode evoluir para uma melhor utilização dos recursos, com resultados melhores, assegurando o direito de acesso aos tratamentos de ponta aos usuários do setor privado que pagam mais para acesso a um sistema de saúde mais avançado.

Então, vamos enfrentá-la até o que eu considero seu limite, que é o processo de formação do sistema de saúde brasileiro. A Saúde como um direito das pessoas e um dever do Estado no SUS e a integralidade da cobertura assistencial da Saúde Suplementar são conquistas sociais que se completam, com amplo apoio na sociedade organizada, em especial a classe média e sindicatos, e na mídia. A partir dessa visão eu proponho as premissas a seguir, para construção de uma Visão de Futuro com, talvez, maior viabilidade estratégica.

Premissas

Vamos estabelecer aqui algumas premissas sobre as quais poderíamos avançar na busca de maior integração dos setores público e privado:

- 1 A Saúde como **direito de todos e dever do estado** é conquista social que não será alterada.
- 2 **A integralidade da cobertura assistencial** dos beneficiários do setor de saúde suplementar não vai ser reduzida, é uma conquista social importante e sensível. Pode, no máximo, ser flexibilizada em condições de absoluto controle.
- 3 A integração colaborativa só é viável se prevalecer o conceito de que o **SUS é público e não estatal**. Sua Gestão é pública e seu acesso é público (universal, integral e gratuito). A execução das ações e serviços de saúde pode ser realizada por entidades públicas e entidades privadas.
- 4 A integração tem que ser liderada pela **esfera federal do SUS**, o Ministério da Saúde. Portanto, o Ministério tem que assumir a visão de um SUS público não estatal.

IV. Integrar para sobreviver

Apesar dos inúmeros problemas, o Brasil avançou muito nos últimos 30 anos. A expectativa de vida ao nascer cresceu de 63 anos em 1980 para 73,5 em 2010 enquanto a mortalidade infantil foi reduzida de 82,8³¹ para 21,8 no mesmo período. Isso é reflexo da melhoria dos determinantes sociais da saúde e não exclusivamente da assistência à saúde. A melhoria das condições de habitação, trabalho, educação e transporte, entre outras, a progressiva mudança de hábitos nocivos, como a redução do número de fumantes, a comunicação de massa e a internet tiveram forte impacto na melhoria das condições de saúde, além da evolução do próprio sistema de saúde, tanto o público quanto o privado.

A regulação da saúde é fruto da sua história, como não poderia deixar de ser. Como apresentamos neste estudo, a regulação do sistema na Constituição de 1988 nasceu em conformidade com seu contexto:

- O Movimento da Reforma Sanitária conseguiu aprovar a Saúde como um direito social, universal, integral e de acesso gratuito a todos os brasileiros, a governança pelas três esferas (União, Estados e Municípios) e a ampla participação popular;
- O Estado conseguiu aprovar o financiamento pelas três esferas de governo;
- O setor privado conseguiu sobreviver;
- O Movimento da Reforma Sanitária e outras forças de centro-esquerda e de esquerda de viés estatizante conseguiram aprovar o desmonte da Administração Pública Gerencial e volta ao modelo de Administração Burocrática.

A regulação do Setor de Saúde Suplementar, dez anos depois, sofreu os efeitos da mobilização da sociedade contra um modelo de negócio selvagem praticado por uma parte do mercado, incluindo fraudes pura e simples de operadoras que fechavam as portas antes que os usuários cumprissem seus períodos de carência. A regulação econômico-financeira já era um consenso, po-

³⁰ Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde

³¹ Óbitos de menores de um ano por grupo de 1.000 nascidos vivos.

rém, a sociedade queria muito mais e pressionou até conseguir a regulação do produto assistência à saúde e a integralidade da cobertura obrigatória, praticamente equivalente à do SUS.

A Organização Mundial de Saúde lidera um movimento para garantir a **Cobertura Universal de Saúde** definida como:

“Cobertura universal de saúde significa que todas as pessoas recebem os serviços de saúde de que necessitam, incluindo iniciativas de saúde destinadas à promoção da saúde (tais como políticas antitabagistas), prevenir doenças (como as vacinas) e para fornecer tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (como para pacientes terminais) de qualidade suficiente para ser eficaz e, ao mesmo tempo, garantir que o uso desses serviços não expõe o usuário a dificuldade financeira”³².

A ação da OMS, respaldada em Resolução da Organização das Nações Unidas³³, recoloca o debate de que a universalidade impede a integralidade. Um recente manifesto de economistas a favor da proposta³⁴ destaca que, segundo Gro Harlem Brundtland, ex-Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde, “... se os serviços devem ser fornecidos para todos, nem todos os serviços podem ser fornecidos. Os serviços de melhor custo-benefício devem ser fornecidos em primeiro lugar”. O debate já provoca forte reação dos sanitaristas, como se pode observar em documentos do CEBES (Manifesto: Porque defender o Sistema Único de Saúde³⁵).

No Brasil, a integralidade da cobertura assistencial está nos dois sistemas, público e privado, trazendo o debate para os dois setores, embora, é claro, a universalidade esteja presente apenas no setor público.

No processo de construção política dessa posição seria indispensável que ela fosse adotada pelo SUS para ter alguma chance de sucesso no setor privado,

ou seja, limitar a integralidade do SUS à capacidade de pagamento do Estado e à existência de capacidade de atendimento. Teoricamente deveria ser razoável, porque é evidente que a cobertura real do SUS não é integral para todos, longe disso. Porém, não vejo possibilidades reais de avanço dessa proposta. Mudanças institucionais traumáticas só foram possíveis em momentos de ruptura, como já exemplifiquei (fim da estabilidade dos empregados celetistas patrocinada pelo Regime Militar (1967) e a Constituição de 88 é fruto da redemocratização. Uma mudança como a imaginada por defensores do fim da integralidade da cobertura (pública e privada) somente seria possível, a meu ver, num ambiente de ruptura institucional que não está no nosso horizonte, por mais instável que seja a conjuntura política que atravessamos. Basta lembrar a dificuldade que tivemos em operacionalizar a indispensável reforma do sistema previdenciário, que tem a vantagem de poder ser aplicada apenas para quem ingressar no sistema após sua aprovação, ou seja, não afeta a atual população economicamente ativa.

É claro que o sistema de saúde brasileiro necessita de uma ampla reforma, mas, como tenho insistido ao longo dessa reflexão, acredito que sua construção vai exigir a colaboração e integração dos principais atores e o respeito às “cláusulas pétreas” do sistema, ou seja, a universalidade e integralidade da cobertura assistencial no setor público e sua integralidade no setor privado.

Tenho chamado de Terceira Onda da Reforma Sanitária o processo indispensável de revisão do sistema de saúde. A Primeira Onda foi a criação do SUS na Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde em 1990. A Segunda Onda foi em 1998/2000 com a Regulamentação da Saúde Suplementar, a criação do modelo de parceria com Organizações Sociais e a vinculação de recursos para a Saúde (Emenda Constitucional 29). A

Terceira Onda seria a organização do Sistema Nacional de Saúde integrado por dois subsistemas de assistência, o público e o privado, e com uma definição clara de que o subsistema público não é estatal.

Uma possibilidade seria construir a aprovação de uma Proposta de Emenda à Constituição (PEC), criando um dispositivo determinando ao Congresso uma revisão da Secção Saúde, sem alterar as cláusulas pétreas que aqui chamamos de premissas (sem o que até o sonho é inviável), num período de tempo determinado, digamos um ano, e revisões periódicas a cada dez ou quinze anos.

Seria um *aggiornamento* do modelo ao mundo real três décadas depois da Constituição.

Essa ideia tem frequentado os debates setoriais com força cada vez maior, usando inclusive o exemplo da Comissão de Aprimoramento da Saúde (Lottenberg, 2007) do sistema inglês, que periodicamente convoca uma comissão de especialistas que recebe a tarefa de propor ajustes no sistema de saúde que possam manter a sua qualidade frente ao explosivo crescimento de custos. Enquanto isso não acontece, a maior integração dos sistemas público e privado depende mesmo é da iniciativa dos atores do setor privado e do apoio a estratégias de atuação que aproximem os subsistemas de saúde em seu resultado.

Tentei demonstrar ao longo desta reflexão que a regulação do setor de saúde suplementar atendeu a uma demanda reprimida da sociedade que se expressa na integralidade da cobertura assistencial e no controle de preços. O amadurecimento do setor pós-regulação deveria ter resultado numa revisão que nos levasse para o modelo substitutivo (o usuário de planos deixa de usar o SUS) ou a uma flexibilização da exigência de integralidade da cobertura assistencial no setor privado. Não vejo muito sentido na modelagem atual de dupla cobertura

e livre utilização. Pressiona o setor privado e não gera valor agregado definido para o setor público, porque a qualquer momento qualquer um dos 50 milhões de usuários de planos de saúde pode buscar atendimento no sistema público.

Analisando os possíveis cenários para o setor e em função dos nossos “usos e costumes” políticos, eu efetivamente não apostaria numa reversão da universalidade de acesso e integralidade da cobertura do SUS e da quase integralidade da cobertura do sistema privado. Porém, a integração colaborativa entre os dois sistemas poderia avançar em pontos importantes como:

- A flexibilização da integralidade, mesmo que temporariamente, onde a rede existente não dispõe dos recursos necessários;
- Rediscussão da modelagem de cobertura para aposentados e ex-empregados depois desses oito anos de aplicação da regulação atual;
- Rediscussão da política de controle de preços;
- Construção de estratégia comum para:
 - o Enfrentar os impactos do rápido envelhecimento da população brasileira;
 - o Deter a crescente judicialização do setor, exigindo respeito à autoridade regulatória do Estado;
 - o Uso racional dos recursos;
 - o Reduzir as fraudes;
- Implantação da assistência farmacêutica no setor privado;

A integração colaborativa me parece o melhor caminho, talvez o único. Ela tem como pressuposto uma capacidade de aliança estratégica no âmbito do setor privado, reunindo operadoras, prestadores e a indústria, capaz de construir uma agenda de interlocução com o setor público que olhe para o futuro e deixe de tentar reverter o passado. Igualmente depende da liderança estratégica do Ministério da Saúde.

³² OMS, “Tracking universal health coverage: first global monitoring report”, 2015.

³³ 67ª Assembleia Geral da ONU de 06/06/2012, com voto favorável do Brasil.

³⁴ Declaração de Economistas em Favor da Universalização de Cobertura em Saúde, novembro de 2015, disponível em: <http://globalhealth2035.org/sites/default/files/resources/lancet-economists-declaration-on-uhc.pdf>

³⁵ Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/09/Manifesto_Cebes_Sa%C3%BAde_%C3%A9_direito_e_n%C3%A3o_neg%C3%B3cio.pdf

Referências Bibliográficas

- Negri, Barjas e Vianna, Maria Luiza D'Avila - *O Sistema de Saúde em 10 anos de desafios* - Sobravime & Cealag, São Paulo, 2002
- Cecchin, José - *A história e os Desafios da Saúde Suplementar: 10 anos de regulação*, Saraiva Letras&Lucros, SAO Paulo, 2008
- *Anais da 8a. Conferência NACIONAL de Saúde*, CEDOC/Ministério da Saúde, Brasília, 1987
- CONASEMS - *Conselho dos Secretários Municipais de Saúde - SUS e COMSEM/SP, da constituinte de 88 ao pacto pela Saúde*, COSEMS-SP, São Paulo, 2008
- FIOCRUZ - *A Saúde no BRASIL em 2030: diretrizes para prospecção estratégica do sistema de Saúde brasileiro*, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2012
- Guanaes, Nizan - *Atacar os problemas*, Folha de São Paulo, 2015
- Lottenberg, Claudio - *A Saúde Brasileira pode dar certo*, Atheneu, São Paulo, 2007

São Paulo, 2007

- Montone, Januario - *efetivando a regulação*, em *A história e os desafios da Saúde SUPLEMENTAR: 10 anos de regulação*, Jose Cecchin, Saraiva Letras&Lucros, Rio de Janeiro, 2008, págs. 263/269
- Montone, Januario - *Planos de Saúde, passado e futuro*, MedBook, Rio de Janeiro, 2009
- *Plano Diretor da Reforma do Estado*, Presidência da República, Brasília, 1995
- Varella, Drauzio e Ceschin, Mauricio - *a Saúde dos planos de Saúde: os desafios da assistência privada no Brasil*, Paralela, São Paulo, 2014
- *Livro Branco Brasil Saúde 2015: A sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro*, São Paulo, 2015
- Aguilar, Nildo - *Modalidades Assistenciais do Inamps*, Revista de Administração Pública - RAP, FGV, Rio de Janeiro, 1979



<p>Presidente Alfredo Cotait Neto</p> <p>Coordenador Nacional de Formação Política Raimundo Colombo</p> <p>Coordenador Nacional de Relações Institucionais Vilmar Rocha</p> <p>Secretária Ivani Boscolo</p> <p>Diretor Superintendente João Francisco Aprá</p>	<p>Conselho Consultivo</p> <p>Presidente Guilherme Afif Domingos</p> <p>Conselheiros Alda Marco Antonio André de Paula Cláudio Lembo Omar Aziz Otto Alencar Rafael Greca Ricardo Patah</p>	<p>Conselho Superior de Orientação</p> <p>Presidente Gilberto Kassab</p> <p>Conselheiros Antonio Brito Belivaldo Chagas Carlos Massa Ratinho Junior Eduardo Paes Guilherme Campos Letícia Boll Vargas Marcos Trad Rodrigo Pacheco Samuel Hanan</p>
---	---	---

DOCUMENTOS - Coleção 2022 - Relacionamento SUS e setor privado: reflexões
ESPAÇO DEMOCRÁTICO - Site: www.espacodemocratico.org.br Facebook: **EspacoDemocraticoPSD** Twitter: **@espdemocratico**
Coordenação - Scriptum Comunicação - Jornalista responsável - Sérgio Rondino (MTB 8367)
Projeto Gráfico - BReeder Editora e Ass. de Com. Ltda - Marisa Villas Boas



www.espacodemocratico.org.br

DOCUMENTO