

PRIVATIZAÇÃO INDISCRIMINADA?

Mesa-redonda 46ª Reunião da SBPC, Vitória, Espírito Santo - 22/07/94.*

Marília Bernardes Marques,
Fundação Oswaldo Cruz

No caso da saúde, a proposta da mesa-redonda é oportuníssima e convida a retomar as críticas negativas que a visão conservadora, novamente em voga, despeja sobre a Seguridade Social no Brasil. A visão conservadora afirma que a Seguridade Social não tem como ser paga, é inflacionária e conduziu os serviços de saúde do governo ao colapso total. Para os conservadores, a saída é a medicina privada que desde 1990, apesar da recessão econômica, soma a cada ano um número expressivo de novos usuários. Costuma escapar na argumentação conservadora a verdadeira causa da sangria a que foi submetida a saúde pública nos últimos cinco anos. A deterioração monumental dos serviços de saúde prestados pelo Estado aos brasileiros tem uma explicação incontestável: o gasto federal *per capita* com saúde caiu de US\$ 80 em 1989 para US\$ 44 em 1992, suspeitando-se que em 1993 tenha alcançado vexatórios US\$ 20.

Reconhecendo as dificuldades atuais do sistema público de saúde e o dinamismo da medicina privada no País, nossa intenção será enfatizar, nesta reunião, que as saídas para a crise da saúde no Brasil, não estão na polarização mais Estado/menos Estado, ou seja, na simples diminuição do papel do poder público frente à responsabilidade privada. Ao contrário, as saídas apontam para a necessidade de novas formas de interação entre o público e o privado e na identificação do mix que melhor sirva aos objetivos comuns de equidade e qualidade em saúde.

No Brasil, desde os anos 70, diversos autores destacavam o padrão perverso de interação público-privado observado no complexo médico-industrial, aplicando ao modelo de política de saúde predominante no País o conceito de "privatização do Estado". Este conceito remetia a uma situação conjuntural na qual era flagrante o privilegiamento de interesses particulares, em relação ao interesse público, na ação do Estado. A receita progressista para esta situação era e ainda é a "desprivatização do Estado", para evitar que os interesses privados prevaleçam sobre os interesses públicos.

O conceito integrador de Seguridade Social, introduzido pela Constituição de 1988, ao unificar saúde, previdência e assistência social, representou uma inovação radical e o Brasil deu um salto para a frente em sua Ordem Social, com relação à legislação anterior. Até então, a sociedade era obrigada a conviver com distorções inadmissíveis como a discriminação entre trabalhadores urbanos e rurais nos benefícios diferenciados e inexistência de mecanismos formais de controle da utilização dos fundos sociais.

Embora traduzindo um enorme avanço nos direitos de cidadania, o modelo constitucional de Seguridade Social, não eliminou a seletividade verificada no acesso diferenciado aos benefícios: o direito aos benefícios previdenciários (pensões e aposentadoria) é usufruído apenas

por aquele que contribuiu previamente; a assistência social é seletivamente dirigida para a população de baixa renda e para segmentos denominados "de risco", como crianças e idosos; a cobertura dos agravos à saúde, apesar de universalizada pela Lei, em um contexto de crise fiscal do Estado estaria tendendo, na prática a ser excludente. Esta tendência se verificaria em algumas das atuais propostas de racionamento dos gastos sociais, nas quais os pobres e os assalariados de menor renda passariam a ser contemplados com uma cesta básica de assistência médica pública, ao mesmo tempo, que se ofereceria aos assalariados de maior renda, a possibilidade de optar entre diversas modalidades de planos de saúde - públicos e privados - no mercado. Desse modo estariam atendidas as necessidades de universalização da cobertura e de assegurar recursos financeiros. Entretanto, para os críticos desta proposta, ela conduziria a uma universalização excludente.

É preciso ter presente que, na atualidade, cada uma das economias capitalistas, sem exceções, enfrenta suas próprias dificuldades para financiar aposentadorias, seguro social e serviços de saúde e são muito heterogêneas as respectivas estruturas dos sistemas previdenciários e de saúde. A comparação com o padrão americano ganha, entretanto, enorme relevância, em função da reforma da saúde anunciada por Clinton ao Congresso Americano, no verão de 1993.

Sua importância reside no fato de que o debate da reforma americana está apontando para as reais possibilidades de reversão, às portas do século XXI, da hegemonia de setores privados consolidados, em um sistema de saúde de alta densidade científica e tecnológica.

A vitória eleitoral de Clinton foi, em boa parte, assegurada por seu compromisso em atender à insatisfação da população americana com o sistema de saúde vigente, cujos custos financeiros e sociais atingiram, neste final de século, níveis insuportáveis.

Este compromisso de campanha foi assumido sobre dois pontos essenciais e inegociáveis.

O primeiro, uma questão ética: assegurar a abrangência universal do sistema nacional de saúde, incorporando a ele uma população excluída de 37 milhões de americanos, dos quais 10 milhões são crianças. Problemas de saúde pública agravados pela pobreza nas metrópoles, como o número crescente de aidéticos sem qualquer assistência, tornaram evidente uma dramática e incômoda realidade, cuja reversão a sociedade americana passou a reclamar.

O segundo, uma questão econômica: a espantosa espiral dos gastos com cuidados médicos. Entre 1980 e 1992, o gasto do sistema de saúde americano se elevou de 9% para 14% do Produto Interno Bruto (PIB) e estima-se que, sem uma profunda reforma, esta proporção se elevará para 19% no ano 2000. Esta espantosa elevação é relacionada a uma ampla gama de determinantes que não cabe aqui analisar, dadas a complexidade e a extensão das

* Baseado em um trabalho anterior realizado em co-autoria com a Dra. Cristina de Albuquerque Passos

controvérsias que permeiam o debate do tema nos Estados Unidos. Isto não nos impede, entretanto, de salientar o papel essencial que, naquela espiral, desempenham, de um lado, a rápida incorporação de tecnologias médicas avançadas, muitas vezes de forma não substitutiva; de outro, a expansão de nova modalidade de seguros, resultantes de processos judiciais suscitados por um número crescente de denúncias de alegados erros médicos (mal practice claim).

Não há dúvida de que esta dupla transformação na Medicina – na sua base tecnológica e na frequência da intermediação da lei nas suas relações com os consumidores – contribuiu e contribui para que o sistema de saúde americano seja o mais caro do mundo. Esta liderança indesejável decorre, na atualidade, da constatação de que 2.868 dólares correspondem a cada cidadão, quando o gasto total com saúde daquele país é dividido pelo total da população. Esta cifra supera o valor estimado para o PIB *per capita brasileiro em cerca de 100 dólares!*

Apesar de astronômica, esta despesa revelou para a sociedade americana o profundo ônus social imposto por um sistema de saúde concentrador e excludente e que tem sido claramente incapaz de promover níveis de saúde aceitáveis.

No discurso para o Congresso Americano, Clinton destacou que a proposta evita a fórmula clássica de introdução do controle de preços via intervenção estatal. Ao contrário, propõe uma nova combinação para as forças privadas que operam no mercado de saúde americano. Esta nova combinação resultará do fortalecimento, no mercado, do poder de barganha de grupos de consumidores e de pequenas empresas, visando assegurar suas condições de competição por preço e qualidade.

Esta estratégia visa reverter a situação atual na qual predominam os interesses das grandes corporações e dos grandes grupos de funcionários públicos, ambos com ampla capacidade de barganha junto às empresas de seguro-saúde, em decorrência, entre outros fatores, do seu grande número de empregados.

A proposta Clinton é a de constituir alianças estratégicas de saúde entre pequenas empresas, na negociação coletiva dos custos dos planos de saúde, da definição dos níveis de qualidade e no acompanhamento da satisfação dos consumidores. Ou seja, o alvo é garantir acesso ao cuidado médico de alta qualidade a preços suportáveis.

Tal estratégia deverá ser, segundo seus propositores, respaldada por uma sólida política pública que zelará para que a livre competição no setor saúde se torne criadora e sem as atuais distorções éticas.

A proposta Clinton contempla os seguintes seis princípios básicos:

O primeiro princípio – segurança – refere-se à necessidade de assegurar a todos os americanos, empregados ou desempregados, o acesso a um pacote abrangente de benefícios médicos básicos que inclui, entre outros, serviços hospitalares e de emergência, medicina preventiva, planejamento familiar, diagnóstico laboratorial, prescrições de drogas e biológicas, inclusive insulina, serviços de reabilitação, próteses e órteses, exames de olhos e ouvidos periódicos, além de óculos e cuidados dentários para menores de dezoito anos.

O segundo princípio – simplificação – visa agilizar o sistema, cortando dezenas de bilhões de dólares consumidos por procedimentos administrativos e buro-

cráticos desnecessários e assegurando o controle da fraude e do abuso, responsáveis pela monumental evasão anual de recursos.

O terceiro princípio – economia – diz respeito às conseqüências do anterior. Segundo Clinton, a grande economia resultante das medidas de desburocratização e redução da fraude e do abuso, aliada a outras medidas, como o estímulo à competição permitirá, sem grande dificuldade, incluir os desempregados não cobertos por seguro e estimular a capacidade de investir e crescer do setor empresarial privado, contratando novos trabalhadores e permitindo o aumento de seus salários, em muitos casos, pela primeira vez nos últimos anos de recessão.

O quarto princípio – escolha – consolida o compromisso de garantir, a cada americano, o privilégio da escolha entre planos de alta qualidade. A escolha será do cidadão americano e não do dono da empresa ou do burocrata. O cidadão poderá escolher entre ficar com seu médico atual, aderir a uma rede de médicos e hospitais ou se filiar a uma empresa de seguro-saúde e esta escolha poderá ser livremente mudada a cada ano. Os médicos também terão o direito de escolher os planos em que pretendem atuar e poderão atuar em vários e diferentes planos simultaneamente.

O quinto princípio – qualidade – refere-se à consciência de que introduzir simplesmente reformas institucionais ou administrativas, sem a simultânea introdução de padrões e mecanismos que assegurem a alta qualidade do cuidado médico seria, segundo Clinton, um grave erro e, certamente, um retrocesso. Informações de alta qualidade deverão estar nas mais remotas regiões do país, assegurando serviços de alta qualidade, vinculando, por exemplo, médicos em áreas rurais e hospitais de alta tecnologia nos centros urbanos. Prioridade deverá ser conferida às instituições médicas de pesquisa, que deverão ser estimuladas e orientadas por padrões de excelência.

O sexto e último princípio – responsabilidade – diz respeito ao compromisso coletivo da sociedade com relação aos resultados da reforma. A responsabilidade deve, segundo Clinton, começar por aqueles que lucram com o sistema. Assim ela se aplica às empresas de seguro-saúde, que não mais poderão deixar pacientes sem atendimento, aos laboratórios que apresentam contas fraudulentas, aos advogados que abusam das denúncias de erros médicos que indicam procedimentos desnecessários. Também se aplica às empresas de medicamentos que cobram preços extorsivos no mercado americano, contratando com os preços dos mesmos produtos no exterior.

Que lições extrair desta experiência americana para o processo de reforma sanitária brasileiro, atualmente na fase de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)?

A primeira delas, sem dúvida, é o notável envolvimento direto do Presidente Clinton com a reforma da saúde, evidenciado no empenho que tem dedicado às negociações com o Congresso Americano.

A segunda diz respeito ao reconhecimento dos direitos de cidadania e do princípio da equidade. O processo americano vai ao encontro do preceito ético da distribuição equitativa e justa dos benefícios em saúde, opção da sociedade brasileira firmada na sua Constituição de 1988, quando consolidou-se, pela primeira vez na história do país, a proposta de universalização do acesso

aos serviços de saúde.

É curioso que a sociedade brasileira receba tal estímulo da sociedade capitalista afluente americana. No entanto, apesar desta confluência política inesperada, deve-se ter presente as profundas diferenças existentes entre as duas realidades, destacando-se, de um lado, a enorme diferença da capacidade aquisitiva dos salários e a dramática extensão da pobreza no Brasil.

Outra distinção diz respeito à dimensão dos gastos em saúde. Apesar da surpreendente similaridade com questões tão familiares para nós brasileiros, tais como a necessidade de combater fraudes, abusos administrativos e excessos burocráticos, é necessário considerar, no debate das opções políticas e gerenciais para o controle dos gastos em saúde, as monumentais diferenças nas possibilidades das duas sociedades de arcar financeiramente com tais despesas. No Brasil, o controle social desse tipo de distorções que foi, finalmente, deflagrado a partir do "impeachment" do ex-Presidente Collor, revela-se ainda mais crucial, dada a crise fiscal em que se encontra mergulhado o Estado brasileiro.

Finalmente, cabe destacar as diferenças na questão da administração da competição no setor saúde (managed competition). Quanto a este aspecto, trata-se de alertar os brasileiros para que não tentem transpor, na análise da realidade americana, a polarização entre estatização e privatização, tão acaloradamente conduzida por diferentes grupos de interesse no atual debate do SUS.

No caso americano, a noção de "managed competition" não deve ser interpretada como uma simples intervenção governamental, em um projeto estatizante. Ao contrário, traduz o princípio da responsabilidade social dos distintos grupos de interesse, públicos e privados, no compromisso maior, coletivamente assumido, pelo sucesso da reforma.

Em síntese, o projeto americano de reforma da saúde, na qual o governo é apenas um dos atores, se realizará de forma explícita no mercado e buscará soluções negociadas para a universalização do acesso.

No caso brasileiro, a proposta de reforma da saúde se realiza igualmente no mercado, ainda que esta situação não agrade aos que persistem na anacrônica defesa de um utópico projeto estatizante puro. Esta visão não admite que, em economias de mercado, como a brasileira, a intervenção do Estado como produtor direto de serviços de saúde, assim como no financiamento e na regulamentação do setor, ainda que represente a maior fatia no conjunto do compromisso social, não pode excluir a complementaridade privada.

Sociedades excludentes, como a brasileira, não podem dispensar as negociações necessárias ao compromisso social que deve ser alcançado para viabilizar a superação da situação atual, na qual a complementaridade privada tem contribuído apenas para agravar e em muito, o já enorme ônus social.

As evidentes dificuldades e distorções que tem caracterizado o incipiente, porém florescente, seguro-saúde privado no Brasil, quando comparado ao experiente e extenso similar americano, fornecem indicações sugestivas de que aquele tenderá a reproduzir os mesmos erros observados na trajetória seguida por este último e que a sociedade americana hoje rejeita, com tanta veemência. Acreditamos, portanto, que somente uma solução negociada, como sugere a proposta Clinton, permitirá reverter esta tendência.

No caso americano, o sistema de saúde, que após a reforma continuará sendo, sem dúvida, essencialmente privado, será regido por um poderoso Conselho Nacional de Saúde (National Health Board), ligado diretamente à Presidência, que regulamentará e fiscalizará seu funcionamento.

Finalmente, destacamos a seguinte pergunta crucial que ainda paira no debate americano: além das novas contribuições de patrões e empregados, de onde virá a fatia que cabe ao governo? Tudo indica que a resposta a esta indagação passará pela competência e pela criatividade que o governo e o Congresso dos Estados Unidos demonstrarem nos próximos anos, na busca de soluções novas e ousadas. Uma estratégia diversificada e abrangente já se delinea e a reforma Clinton deverá incluir, entre outras medidas, ajuste fiscal, penalização tributária de fumantes, corte de gastos, combate às fraudes e controle dos desmandos administrativos.

No caso brasileiro, tudo indica que a resposta a esta mesma questão não poderá ser diferente.

Cabe destacar a enorme importância para os futuros desdobramentos da experiência brasileira com a sua reforma sanitária, de manter vivas as análises e o interesse pelos rumos do debate americano.

A proposta Clinton terá, se totalmente implementada, profundos impactos em toda a América Latina.

No plano ético, esta proposta poderá ter reflexos positivos nos processos políticos da região, favorecendo os movimentos em busca de uma maior equidade no acesso aos sistemas nacionais de saúde.

No plano organizacional, poderá deflagrar processos políticos voltados para a elevação da consciência pública, em especial dos prestadores privados de serviços de saúde, com relação ao bem-estar social.

Em síntese, para concluir, pensamos que a reforma americana poderá repercutir positivamente em toda a América Latina, favorecendo a universalização do acesso e a elevação da qualidade dos serviços de saúde. Isto poderá acontecer porque ela expressa processos políticos complexos, resultantes de transformações profundas na base social dos Estados Unidos e que poderão estimular a introdução de uma nova agenda política no continente. Esta deverá priorizar questões estratégicas para o desenvolvimento social e econômico dos países Latino-Americanos, tais como pobreza, ciência e tecnologia.

Endereço do Autor:
NECT / FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 - 7º Andar
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ