

## Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil

Compared supplementary healthcare policies in the context of public health systems: European Union and Brazil

Silvia Gerschman<sup>1</sup>

**Abstract** *This paper analyzes the supplementary healthcare policies adopted in recent years in Brazil and in European countries. The proposed approach is a comparative analysis of the private health plan and insurance policies in the context of the European Union and Brazilian public health systems. This comparison allowed establishing parameters and categories capable of showing the differences and similarities between these experiences.*

*These variables served as a basis for analyzing the Brazilian case using recent results of studies on private health insurance in the context of the Unified Health System (SUS), the Brazilian Public Health System. The main topics investigated were: the contracts and agreements between the public and the private sector; the attributions of the private health care services in the public system, the production, available capacity and financing of the public and private health systems and finally, the regulations regarding reimbursement of the SUS in those cases, where users covered by the private sector made use of the public services. We conclude retaking the discussion of the theoretical and conceptual perspective in the comparative analysis of health system policies based on the insights originated by this work.*

**Key words** *Health policy comparison, Public and private sector, Health system*

**Resumo** *O artigo a seguir propõe-se analisar a política de saúde suplementar nos anos recentes no Brasil e em países europeus. A abordagem proposta é a análise comparativa de políticas de planos e seguros privados no contexto de sistemas públicos de saúde, União Européia e Brasil. Foram comparadas as políticas dos países acima mencionados, o que possibilitou estabelecer parâmetros e categorias de análise capazes de evidenciar as semelhanças e diferenças que tais experiências comportam. Aprofundou-se a discussão destas variáveis/categorias de análise, para o caso de Brasil, utilizando resultados de pesquisa recentes sobre o setor privado da saúde no contexto do SUS. Indagaram-se especialmente: os convênios e contratos do setor público com o privado, as atribuições dos planos privados no sistema de saúde, a produção, capacidade instalada e financiamento dos setores público e privado e, por último, a regulação e ressarcimento dos planos privados ao SUS. Nas conclusões, retomamos a discussão da perspectiva teórico-conceitual na análise de políticas comparadas de sistemas de saúde e os aportes que nosso estudo providenciou.*

**Palavras-chave** *Políticas comparadas, Público/privado, Sistema de saúde*

<sup>1</sup> Departamento de Administração e Planejamento, Escola Nacional de Saúde Pública. Av. Leopoldo Bulhões 1.480/708, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ. Gerschman@ensp.fiocruz.br

## Introdução

O artigo a seguir tem por objetivo discutir a política de saúde suplementar nos anos recentes, desde o despontar do século XXI, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) no país. Consta de três partes e uma conclusão, através das quais buscamos estabelecer um marco teórico conceitual capaz de interpretar resultados recentes de pesquisas sobre as relações e o convívio, por vezes tortuoso, entre as políticas de saúde pública definidas na Constituição de 1988 e contidas no Sistema Único de Saúde (SUS) e o que se denomina correntemente de Saúde Suplementar, que comporta a atenção à saúde através de planos privados.

A nossa abordagem tem como ponto de partida a análise de políticas comparadas entre os países da União Européia e o Brasil, buscando identificar categorias de análise capazes de evidenciar semelhanças e diferenças que expressam, de uma parte, a singularidade das experiências reais condensadas na construção de um modelo de análise<sup>1</sup>. E, de outra, as trajetórias histórico-institucionais da seguridade social e, especificamente, do setor saúde dos países europeus e do Brasil.

Uma questão inicial que é necessário responder é como comparar as experiências da União Européia que se compõe de vários países com o Brasil, que é um só país? É uma comparação metodologicamente válida? Acreditamos que se trata quase de uma licença metodológica; poderíamos considerá-la um exercício teórico-conceitual que não pretende estabelecer um marco teórico acabado, mas apenas uma aproximação ou a elaboração de alguns parâmetros para a análise comparativa entre países.

A incorporação de alguns resultados recentes de pesquisa e de dados atualizados de atenção à saúde no Brasil permite identificar papéis e atribuições do setor público e privado, assim como elaborar as categorias com as quais estaremos comparando as duas questões centrais do estudo: a relação do sistema de saúde público com o privado no contexto de sistemas de saúde públicos e universais. Assim, na terceira parte do trabalho, será analisada a política de saúde no Brasil a partir das seguintes variáveis/categorias:

- a) Convênios e contratos com o setor privado
- b) Atribuições dos planos privados
- c) Produção, capacidade instalada e financiamento público/privado
- d) Regulação e ressarcimento dos planos privados ao SUS

Por último, nas conclusões, retomaremos a discussão da perspectiva teórico- conceitual na análise de políticas comparadas de saúde e os aportes alcançados no trabalho.

## Políticas de saúde comparadas União Européia/Brasil

Estaremos estabelecendo parâmetros da análise comparativa entre políticas de saúde suplementar no Brasil e em países europeus, considerando a existência, nestes, de políticas de saúde extensas, baseadas em direitos de cidadania e em sistemas de proteção social de cunho social-democrata. Da mesma forma, os princípios constitucionais do SUS, estabelecidos pela Constituição de 1988, outorgaram ao sistema público de saúde primazia na definição das políticas do setor e a respeito de papéis e atribuições do setor privado, espelhando-se nos sistemas de seguridade social europeus, nos quais o setor da saúde se constitui enquanto sistema público, universal e sustentado nos direitos de cidadania social.

### Países europeus

Nos estados membros da União Européia (EU), a cobertura de saúde é pública e universal como parte de um amplo sistema de proteção social. Os sistemas de seguridade social europeus resultam da necessidade de reconstruir a Europa da catástrofe econômica e social – a miséria e o crescimento dos movimentos operários e dos partidos políticos da esquerda – após a Segunda Guerra. Os fundamentos da seguridade social européia tiveram seus alicerces em dois princípios básicos: a cidadania social<sup>2,3</sup>, como base de políticas de proteção social, públicas e universais, e o desenvolvimento econômico nacional baseado no pleno emprego e na seguridade social, enquanto modalidades de distribuição de renda e de formação e ocupação de mão-de-obra.

Nesta estrutura político-econômica, a política de saúde, que é parte da seguridade social e formulada sobre os mesmos princípios, é pública e tem cobertura universal sustentada na cidadania social. Ainda que, com as mudanças que começam na década dos 1970, principalmente na Inglaterra com o governo Thatcher, observa-se uma certa retração de benefícios, a política não foi mudada substancialmente. A saúde pública permanece até o presente basicamente inalterada.

No presente, de acordo com a Organisation for Economic Co-operation and Development

(OECD), a atenção privada à saúde, através de planos e seguros, oferece cobertura suplementar que corresponde a menos de 5% do total dos gastos em saúde. Em alguns países, os seguros privados também contribuem com cobertura substitutiva ou complementar à seguridade pública e os gastos são algo mais elevados, situando-se entre 10% a 20% dos gastos totais em saúde.

No Quadro 1, elaborado por Mossialos & Thomson<sup>4</sup>, observam-se as três modalidades de relação entre público e privado segundo o papel do setor privado e a extensão da cobertura.

Segundo Thompson & Mossialos<sup>5</sup>, existem apenas duas concepções de políticas de financiamento no que se refere às modalidades apresentadas no Quadro 1:

- financiamento mínimo e regulação considerável do mercado suplementar focada na solvência das empresas;
- controle de preços e produtos e regulação severa aplicada ao mercado substitutivo.

Em ambas as modalidades, pretende-se, de uma parte, proteger os consumidores da insolvência das seguradoras e, de outra, se valer da regulação para garantir o acesso a cuidados de saúde.

Diferentemente, no que se refere à saúde complementar, os governos fazem livre escolha das formas mais apropriadas de subsidiar e de regular serviços privados em cada contexto nacional.

Ou seja, de fato, há diferentes combinações de financiamento e provisão dos serviços de saúde no âmbito dos estados nacionais, situação que se complexifica pela necessidade recente de promover uma integração entre os estados da União Européia.

Há um consenso entre os autores a respeito das mudanças que se operaram nos países europeus que fazem que o marco regulatório introduzido em 1992 pela Comissão Européia, e que

tinha como pressuposto que a regulação seria capaz de proteger os usuários de saúde quando os direitos estatutários fossem ameaçados, se torne problemático nos dias de hoje.

Vários são os motivos mencionados<sup>6</sup>:

- não há evidências que sugiram que os benefícios esperados da competição se efetivem. Isto, como sempre, é apenas um mito;
- os “prêmios” - valores dos seguros privados - em muitos dos países se elevaram e, frequentemente, mais rápido do que a inflação no setor da saúde como um todo;
- o incremento da separação entre atividade econômica e seguridade social tende a inviabilizar os direitos estatutários sustentados numa economia de pleno emprego;
- preservar as instituições de seguridade social das finanças públicas, nas condições enunciadas, torna-se extremamente difícil.

Ainda que a maioria dos países opere sistemas de cobertura universal, estes, nos dias de hoje, tendem a ser universais apenas nos princípios. Para quem procura asilo ou é imigrante ilegal, a cobertura de cuidados de saúde pode ser inexistente na prática. A erosão da cobertura do sistema público de saúde para oftalmologia e cuidados dentários é crescente e, no caso de cuidados de saúde prolongados, os serviços exigem dos pacientes teste de meios.

A localização dos serviços de saúde, que é uma barreira significativa ao acesso devido aos custos relacionados com o tempo de transporte, ainda permanece equitativa. Segundo pesquisa de Alber<sup>7</sup>, em média 48% da população, dos 25 estados membros, têm acesso a hospital em menos de vinte minutos (aproximadamente 53% da população dos quinze estados antigos em menos de quinze minutos e aproximadamente 35% da população dos dez estados novos).

**Quadro 1.** O papel do setor privado nos sistemas de saúde dos países da União Européia.

Papel	Extensão da cobertura
Substitutiva	Direcionada a pessoas que foram excluídas em 2006 de algum ou de todos os benefícios da cobertura pública, como no caso de famílias de alta renda na Holanda. Opção de escolha entre cobertura pública ou privada para famílias de alta renda na Alemanha.
Complementar	Se refere a serviços excluídos recentemente da cobertura pública, tais como serviços de odontologia e/ou oftalmologia, ou serviços muito caros que são parcialmente cobertos pelo Estado.
Suplementar	Se refere à liberdade de escolha dos provedores e ao usufruto de rápido acesso aos serviços.

Dentre as barreiras organizacionais de acesso, a mais significativa é a lista de espera. Listas de espera foram adotadas na Inglaterra, Irlanda, Itália, Polônia e Alemanha. Apenas Reino Unido e Holanda foram capazes de reduzir suas listas, incrementando o financiamento, reestruturando a provisão e reformulando o reembolso.

Outras barreiras podem se tornar significativas para o acesso, segundo os autores acima mencionados, quando os seguros privados de saúde coexistem com a seguridade pública e ambos dão cobertura aos mesmos serviços. Acessos não equitativos se observam na França, Alemanha e Irlanda. Até no Reino Unido, onde os seguros privados têm um papel pequeno, a presença da medicina privada tem produzido grandes listas de espera no setor público.

A respeito do acesso, há que se fazer uma distinção entre a disponibilidade dos serviços e a utilização dos mesmos. A disponibilidade constitui, apenas, uma potencialidade, mas não é uma prova do acesso. A relação entre o *status* socioeconômico e a utilização dos serviços tem sido bastante estudada no contexto europeu, observando-se que existe pequena iniquidade na utilização dos médicos generalistas e uma importante iniquidade em favor dos setores de maior renda na utilização de especialistas.

A presença de cobertura universal para um amplo espectro de serviços de cuidados de saúde, seja pela via dos sistemas públicos, seja pelos seguros privados para uma parte da população, expressa a acomodação dos sistemas de saúde às restrições impostas à seguridade social pelas economias globalizadas.

Mas os direitos sociais já foram incorporados à sociedade através de um complexo de benefícios que integram a seguridade social e que fazem com que os encaminhamentos dos países da região em relação à regulação de seguros privados de saúde permaneça sob uma indefinição jurídica<sup>5</sup>. Não há um acordo sobre a definição que a Corte Européia de Justiça faz da lei, ou seja do “bem geral”. Quando e como o princípio do “bem geral”, que se refere à proteção dos usuários do sistema de saúde, deve prevalecer e como os governos devem intervir em mercados de seguros privados de saúde. Ou seja, qual o significado de sistemas completos e parciais de seguridade social pública e universal e que tipo de intervenção do Estado pode ser considerada socialmente apropriada e justa.

Ao distinguir entre seguro privado de saúde enquanto alternativa parcial ao sistema público (definido no artigo 54,1 da Comissão de Justiça da União Européia), a dificuldade parece residir

em identificar em que situação os seguros privados desempenham um papel substitutivo e quando isto não acontece<sup>5</sup>.

Parte dos trabalhos sobre políticas de saúde nos países europeus observam que as trajetórias institucionais que se atualizam na luta entre os interesses dos Estados representados no Parlamento europeu e o *lobby* dos interesses das seguradoras privadas de saúde, profissionais médicos e outros atores singulares do sistema de saúde definem o limite ou marcam um limite sobre as relações e modalidades de operação dos atores políticos em questão.

### Brasil

Na experiência brasileira, diferentemente dos países europeus, o setor privado da saúde antecede historicamente a formulação do SUS. Ao longo da história, diversos arranjos de financiamento e provisão de serviços de saúde foram propostos para dar conta da saúde pública e privada, plantando as bases para um sistema de saúde extremamente fragmentado<sup>6</sup>. Os setores público e privado dividiram o financiamento público e a titularidade do parque hospitalar. Para mencionar algumas referências que ilustram a presença do setor privado ao longo da história da saúde no país, Gerschman & Borges<sup>9</sup> referem-se à Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária de 1936 que informa a existência de 1.044 estabelecimentos de saúde no país, sendo 447 públicos e 597 privados. Já em 1950, 53,9% dos leitos hospitalares no Brasil eram privados, predominando, no entanto, entidades mutualistas e filantrópicas, que suplementavam redes estatais. Em 1960, segundo Cordeiro<sup>10</sup>, 62,1% dos hospitais eram privados, dos quais 14,4% com fins lucrativos.

Com a consolidação de um padrão de empresariamento privado da saúde, inicia-se uma disputa por segmentos de clientela e especializações, com tentativa do setor privado de preservar suas bases de financiamento públicas mediante uma presença marcante e cada vez mais organizada nas arenas decisórias<sup>11,12</sup> e cada vez mais significativa no mercado.

De fato, preservou-se o sistema de contratação e convênios com o setor privado, do antigo INAMPS, cuja diretriz política era a expansão de serviços e coberturas e a consolidação da iniciativa privada em saúde, que auferia os benefícios da contratação para prestação direta de serviços de saúde financiados pelo setor público.

À época da criação do SUS e da extinção do INAMPS<sup>13</sup>, houve articulações claras do empre-

sariado da medicina para ofertar planos simplificados ao Estado. Cabe destacar as propostas surgidas da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), da Federação Nacional de Estabelecimentos e Serviços de Saúde (Fenaess), da Associação Brasileira de Medicinas de Grupo (Abramge), do Sindicato Nacional de Medicina de Grupo (Sinange) e da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde, propondo o financiamento destes planos com recursos previdenciários<sup>9</sup>.

Esse era um momento de grande vácuo nas propostas para a atenção à saúde pública e de crise nas bases de financiamento pela retração da contribuição da previdência social para o financiamento da saúde<sup>13</sup>. O sistema público se precipita em franca deterioração, que se expressa em sérios problemas de estrutura, aparelhamento e instalações e em enormes dificuldades no acesso; ao tempo que o setor privado cresce sem nenhum tipo de controle e em aberta sobreposição aos serviços de atenção à saúde do SUS.

As relações pautadas historicamente pelas instituições públicas e privadas na saúde restringem ou limitam uma nova institucionalidade do setor público e dos serviços de saúde nas instâncias federativas, estaduais e municipais, que compõem o SUS.

O parágrafo a seguir da Constituição Cidadã de 1988<sup>14</sup> evidencia a preexistência à Carta do papel desempenhado pelo setor privado no sistema de saúde brasileiro e antecipa as dificuldades jurídicas e de governabilidade que o SUS terá para definir o lugar dos planos privados no sistema público de saúde.

Reza a Constituição no parágrafo 1º do art.199: ***As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins de lucro.***

A dimensão do problema que se coloca é a formulação de políticas regulatórias para a esfera de planos privados de saúde, setor definido constitucionalmente como complementar ao SUS, no contexto do sistema de saúde que o artigo 198 da Constituição define como sendo de caráter público, único, universal e descentralizado. Problema que se agrava se considerarmos que o parque hospitalar privado não foi criado como “complementar” ao sistema público, mas fundamentalmente para dar conta de um “nicho de mercado” em que o setor público era deficitário. Os planos privados de saúde mostram o crescimento sistemático de beneficiários, chegando hoje a uma cobertura de 20% da população<sup>15</sup>.

O setor filantrópico também tem crescido consideravelmente sobre a base de estender seus negócios, atendendo à clientela de seguros privados de saúde e incorporando seguros próprios como ramificação/ampliação do próprio setor hospital<sup>16</sup>.

Quais então as jurisdições destas três instâncias dos SUS e como formular políticas de modo a exercer a governabilidade de atores com interesses e papéis bem diferenciados num âmbito institucional capaz de exercer uma gestão integrada do sistema de saúde?

Ainda que as políticas de saúde se originem em princípios similares aos princípios da seguridade social dos países europeus, as aproximações são pequenas, se considerarmos as trajetórias histórico-institucionais, as conjunturas políticas, sociais e econômicas presentes nos países europeus e no Brasil.

O Brasil implementou um sistema de saúde público e universal tardio, numa conjuntura internacional adversa, no que se refere quer ao papel do Estado na provisão de benefícios sociais universais resultante de direitos de cidadania social, quer a políticas econômicas baseadas no desenvolvimento nacional. Estas foram substituídas pela globalização econômica, por tendências neoliberais de liberalização do mercado e pela não interferência do Estado no mercado, com exceção das salvaguardas necessárias a sua otimização, do financiamento do próprio mercado.

Até 1980, o Brasil desenvolve instituições político governamentais cujas trajetórias históricas são marcadas pela tendência autoritária dos diversos governos que se sucederam no século XX, pelas extremas diferenças sociais que caracterizam a sociedade brasileira e pela efetiva ausência de uma esfera pública. O processo de democratização do país no final do século passado traz consigo a luta política e a presença de importantes movimentos sociais, dentre eles o movimento sanitário, os quais reivindicam direitos civis, políticos e sociais e a existência de um sistema de proteção social baseado nos princípios dos **welfare states** europeus.

Em termos das variáveis/categorias definidas para a análise comparativa, o avanço do neoliberalismo exigiu dos governos europeus a defesa da garantia dos direitos sociais de saúde, enquanto no Brasil o princípio estruturante da seguridade social que permaneceu foi, apenas, o enfrentamento das enormes desigualdades de saúde.

Considerando as diferenças presentes em ambas experiências, podem se identificar semelhanças que a conjuntura dos anos 1990 trouxe

para ambos, se devidamente relativizadas e/ou equacionadas as conseqüências resultantes.

No que se refere à localização dos serviços de saúde, no Brasil, a diminuição de leitos trouxe sérios problemas no acesso a serviços hospitalares, já que não houve uma racionalização na distribuição destes serviços em regiões distantes e isoladas dos grandes centros urbanos. Permanecem e cresceram para alguns municípios e estados as iniquidades no acesso, especialmente na média e alta complexidade. As listas de espera, que são importante ferramenta para a cobertura universal e contribuem para melhorar o acesso, são raramente implementadas; apenas existem listas de espera para procedimentos de alta complexidade, tais como transplantes.

As barreiras de acesso relativas à coexistência de seguros privados dando cobertura aos mesmos serviços do SUS, sobretudo no que se refere à atenção ambulatorial, constituem grave problema para o SUS e para o usuário que paga ao seguro por um serviço que, por vezes, é coberto pelo próprio sistema público. Este é um problema que tem sido enfrentado através de políticas regulatórias. A relação entre *status* socioeconômico e utilização dos serviços no contexto brasileiro evidencia menores iniquidades no que se refere à utilização de médicos generalistas pela prioridade dada desde final da década de 1990 ao programa de saúde da família, mas também há importante iniquidade a favor dos maiores ingressos para a utilização de especialistas.

### **A política de saúde. Regulação estatal sobre as atividades privadas: papéis e atribuições**

O formato político do SUS, tal como definido constitucionalmente, sofre os embates de interesses bastante divergentes a respeito de seu caráter público e universal. Não necessariamente há convergências nas definições de eixos de direcionamento político do SUS, nem nas motivações de atores políticos envolvidos, daí resultando forte segmentação do sistema, sujeita aos impactos das oscilações da conjuntura política e econômica e ao legado de escolhas políticas passadas<sup>17</sup>.

A segmentação da atenção pública e privada de serviços de saúde está presente nas próprias políticas de saúde. De uma parte, o sistema público que assume como carro-chefe a atenção básica, com o programa de saúde da família dirigido à população pobre usuária do SUS e não se envolve com a qualidade da atenção de cuida-

dos de saúde dos serviços hospitalares de média e alta complexidade dos hospitais privados contratados. Estes serão tratados através de resultados de pesquisa recente sobre controle e regulação de provedores hospitalares privados de serviços de saúde.

De outra parte, pesquisa relativa à satisfação de beneficiários de planos privados de hospitais filantrópicos aponta à utilização ilegítima do SUS no encaminhamento de pacientes com planos de preço e qualidade inferiores. Esta prática, além do mais, não é acompanhada pelo ressarcimento dos planos ao SUS, ao tempo que indiretamente o setor público subsidia os planos privados e estimula a segmentação dos mesmos.

Sem lugar à dúvida, a política de saúde – Normas Operacionais Básicas e Norma Operacional de Atenção à Saúde – vêm exercendo um forte caráter indutivo através dos incentivos financeiros à descentralização e reorganização dos serviços de saúde. Contudo, as Normas são diretrizes propostas pelas estruturas responsáveis pela política de saúde, mas não têm força de lei. Sendo a atenção básica o carro-chefe e também a porta de entrada do sistema, dá-se por suposto que o acesso a outros níveis de atenção aconteceria naturalmente dentro do SUS, mesmo quando há coincidência entre hospital que têm leitos conveniados com o SUS e têm um plano próprio ou leitos contratados por plano, sendo que cada regime teria que ter uma conta própria, limites de uso, etc. Mas é precisamente no terreno da obrigatoriedade de disposições legais, da ausência de controle e de avaliação que os interesses se digladiam e, segundo resulte do enfrentamento e/ou composição, a esfera pública torna-se cinzenta e interpenetrada por interesses privados.

### **Convênios e contratos com o setor privado**

A pesquisa de Ugá *et al.*<sup>18</sup> sobre o segmento de provedores privados de serviços de saúde a operadoras de planos se sustentou na hipótese da existência de microrregulação embutida nos contratos das operadoras com este segmento hospitalar. O questionário, aplicado aos hospitais da amostra, incluía algumas perguntas referidas à prestação de serviços ao SUS. A análise dos resultados mostrou a importância significativa que estes hospitais têm na prestação de serviços ao SUS, como se observa a seguir.

- 72% destes hospitais privados são conveniados e, conseqüentemente, integram a rede de serviços do SUS.

- Observa-se uma baixa presença de estrutu-

ras e práticas de qualificação da gestão assistencial no conjunto dos hospitais, sendo que são estes hospitais que prestam serviços ao SUS os que menos investem em qualidade assistencial.

Nas conclusões do relatório da pesquisa, lê-se: *Os prestadores hospitalares que prestam serviços a operadoras de planos de saúde não constituem micro-sistemas de saúde paralelos (ou suplementares) ao SUS; o que se verifica é a existência de um vasto conjunto de prestadores hospitalares privados, majoritariamente vinculados ao SUS, que não se sentem pertencentes a rede alguma de prestadores privados, sendo, entretanto, objeto de forte regulação da utilização dos seus serviços exercida pelas operadoras de planos de saúde. São contratos meramente comerciais com pouca ou nenhuma incorporação de aspectos relativos à qualidade da assistência contratada [...] nas raras visitas para avaliação, relatadas pelos hospitais, informações como acolhimento, tempo de espera e direitos do paciente foram pouco privilegiadas e, ainda, quase nunca foi verificada a existência de comissões básicas para a boa qualidade assistencial como Ética Médica, Revisão de Óbitos ou Controle de Infecção Hospitalar. Por fim, deve ser notada a pouca importância dada a aspectos legais obrigatórios como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, a Vigilância Sanitária e o Sistema de Qualificação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.*

Todas estas questões, essenciais para garantir atendimento de qualidade aos usuários destes planos, expressam não apenas o descaso das operadoras com seus clientes, mas um problema bem mais delicado, que se localiza no coração do SUS. Trata-se de uma política pública de saúde que não só se abstém de regular o setor privado mas também compromete o próprio setor público na garantia de distribuir atenção à saúde de qualidade enquanto obrigação do Estado e direito universal do cidadão.

Cabe ressaltar que o atendimento prestado ao SUS pelos hospitais privados é consideravelmente maior que o atendimento prestado, pelos mesmos, às operadoras de planos privados: “[...] no primeiro semestre de 2006, o percentual médio de atendimento ao SUS foi de 74,5 [...], enquanto o percentual médio de atendimento a operadoras foi de 19,7.”

Não poderia o SUS se omitir de regular a qualidade, avaliar e monitorar os serviços hospitalares conveniados, nem de supervisionar o efetivo funcionamento dos mesmos. Se bem que às operadoras de planos privados pareça interessar, apenas, a produção e a utilização de serviços a baixo custo, não pode ser esta a lógica de

atuação do setor público. Pelo contrário, o reconhecimento da existência do mercado exige do Estado<sup>19</sup> o estabelecimento de limites na atuação do segmento privado da saúde, de modo a não ferir os princípios constitucionais do SUS.

### Atribuições dos planos privados

Na pesquisa de Gerschman *et al.*<sup>20</sup> sobre satisfação de beneficiários de planos de saúde privados de hospitais filantrópicos, não houve indagações específicas sobre o SUS, mas a manifestação espontânea e recorrente ao tema permitiu inferir aspectos relativos à utilização do SUS por parte de beneficiários de planos privados. Em estudo<sup>21</sup>, considera-se que há um uso múltiplo do sistema público: é o caso de clientela de planos privados que recorrem a estabelecimentos públicos para procedimentos de maior complexidade não ofertados pelos planos.

Constata-se, assim, práticas freqüentemente promíscuas na relação entre estes planos e o SUS: [... ] *como já observado, o SUS está quase sempre presente nas cogitações dos entrevistados [...] em suas experiências concretas. Mesclam-se as expectativas com a utilização do SUS e apreciação de serviços ali efetivamente prestados.*

*Há que distinguir formas de utilização do SUS: de um lado, usos esperados e legítimos, decorrentes de cláusulas contratuais de carência ou não cobertura - o SUS é o último recurso; de outro, as situações em que os serviços se confundem, a ponto de o usuário não ter clareza sobre quem lhe deu cobertura, ou, ainda, em que o plano serve como instrumento de preferência no acesso. Note-se, finalmente, que estes são usos declarados do SUS, que podem ser iguais ou menores que os efetivamente acontecidos.*

De fato, a política de “olhos bem fechados” possibilita ainda a utilização do SUS pelas operadoras de planos, ao facilitar a dupla porta de entrada de pacientes beneficiários de planos nos hospitais privados contratados pelo plano e conveniados com o SUS.

A não existência de políticas de microrregulação das operadoras, nem do SUS, sobre provedores de serviços hospitalares favorece a segmentação e/ou especialização do mercado de serviços hospitalares privados, sem que esta seja acompanhada de uma saudável competição no aperfeiçoamento, qualificação e melhor qualidade dos serviços ofertados pelo segmento hospitalar privado.

A ausência de incorporação de práticas virtuosas de atenção à saúde enquanto fator decisivo capaz de incidir na oferta e na alocação de serviços de saúde para o SUS parece configurar um

mercado cativo às custas da saúde dos cidadãos e na busca da maximização da relação custo benefício entre as partes.

### **Produção, capacidade instalada e financiamento público/privado**

A análise dos dados de capacidade instalada e a produção/utilização de serviços de saúde mostra que para o ano de 2005<sup>22</sup> 62% do parque hospitalar são privados e filantrópicos com fins e sem fins de lucro. Já no que se refere aos ambulatórios, unidades menores e em geral de menor complexidade e sem internação, a relação se inverte, sendo 74% dos mesmos ambulatórios públicos e 25,4%, ambulatórios privados. No caso da produção/utilização dos serviços, segundo os dados correspondentes ao ano 2006<sup>23</sup>, nas tabelas 1 e 2, a produção ambulatorial realizada expressa importantes diferenças na utilização do SUS entre ambulatórios públicos e privados.

Acompanhando estes dados com o financiamento do SUS, observa-se que o “Fundo para Procedimentos Excepcionais de Alta Complexidade” corresponde em 2005 a 15% do valor total do financiamento da saúde, aos procedimentos de atenção básica são destinados 52% do financiamento e 33% destinam-se a procedimentos de média e alta complexidade<sup>22</sup>.

O Fundo de Procedimentos Excepcionais de Alta Complexidade, criado em 1999, cresceu bas-

tante nos últimos anos e financia uma parcela importante das ações desenvolvidas pela iniciativa privada: terapia renal substitutiva, medicamentos excepcionais, *kits* para AIDS, transplantes e incentivos para hospitais filantrópicos. Não obedece a critérios específicos de alocação, mantém a lógica convenial do antigo INAMPS, favorece que a alta complexidade fique atrelada a um fundo específico e acaba favorecendo instituições privadas ou públicas com dupla porta de entrada<sup>13</sup>.

Por último e apenas para não deixar de referir à incorporação e concentração de tecnologias mais avançadas nos serviços de saúde, parece interessante mostrar alguns dados sobre distribuição de equipamentos de diagnóstico de maior complexidade, em estabelecimentos públicos e privados (Tabela 3).

Estes dados reforçam a idéia da segmentação do SUS, no que se refere à especialização do setor público em produtos de menor complexidade, com uma rede hospitalar insuficiente, o que contribui para o crescimento de convênios com serviços hospitalares privados. Configura-se, assim, uma modalidade de atendimento hospitalar complementar ao SUS ao tempo que o setor privado consolida sua especialização na maior complexidade tecnológica.

### **Regulação e ressarcimento dos planos privados ao SUS**

No governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, no final dos anos 1990, criou-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através da Lei nº 9.565/98<sup>24</sup>, com a finalidade de

**Tabela 1.** Produção ambulatorial do SUS, 2006.

Produção ambulatorial	%
Produção ambulatorial pública	92,3
Produção ambulatorial privada	6,4
Produção ambulatorial filantrópica	1,3
Total	100,0

**Tabela 2.** Produção hospitalar, 2006.

Produção hospitalar	%
Produção hospitalar pública	39,0
Produção hospitalar privada	51,0
Produção hospitalar filantrópica	10,0
Total	100,0

Fonte: IBGE, 2007.

**Tabela 3.** Equipamentos de diagnóstico através de imagem em estabelecimentos de saúde. Brasil, 2005.

Tipo de equipamentos	Públicos	Privados
Gama câmara	85	502
Litotripsor	65	464
Mamógrafo com estereotaxia	119	584
RX com fluoroscopia	295	958
RX com densidade óssea	64	970
RX para hemodinâmica	96	441
Ressonância magnética	264	1697
Tomógrafo computadorizado	49	500

Fonte: IBGE, 2007.

regulamentar os planos privados de saúde. A Reforma do Estado instituída no período definia a regulação como política do Estado. De uma parte, justificada pelo crescimento do setor privado. De outra, retirava do Estado a obrigatoriedade do exercício de políticas de seguridade social e, conseqüentemente, de promover políticas de saúde de caráter público e universal.

Passou-se assim a dar à política um direcionamento focalizado nos “pobres”, referindo-se àquelas camadas da sociedade que, pela “incapacidade” de custear do próprio bolso a atenção à saúde, seriam merecedoras de uma cesta mínima de benefícios de saúde ou “procedimentos de atenção básica de saúde”. Ficava assim instituído o Programa de Saúde da Família para os “pobres”. Para aqueles que tinham condições de financiar do próprio bolso a atenção à saúde, cabia a compra no mercado do plano que o bolso lhe permitisse adquirir. Traduzido em benefícios de saúde, quanto mais caro o plano, mais extensos os cuidados de saúde, tanto no que se refere às tecnologias incorporadas quanto ao acesso a procedimentos assistenciais de média e alta complexidade.

A política regulatória de planos de saúde se resume, no âmbito da Reforma do Estado, aos princípios da não interferência do Estado nos assuntos do mercado e ao estabelecimento das garantias necessárias para seu funcionamento. Estas se resumem a três princípios básicos: a) evitar a captura dos reguladores pelo regulado, b) garantir a competitividade no mercado, c) evitar monopólios que inviabilizem o próprio mercado. A legislação regulatória se debate, a partir desse momento e, mais especificamente, a partir do governo eleito em 2002, entre os princípios da Reforma do Estado e os princípios da Reforma Sanitária promulgada pela Constituição Cidadã de 1988.

A ANS foi criada como órgão regulador autárquico especial no âmbito do Ministério da Saúde e dispõe de diversos instrumentos jurídicos para fazer valer suas decisões e que se relacionam com a própria estrutura da agência (resoluções específicas de cada diretoria denominadas de RE; resoluções do Conselho de Saúde Suplementar, CONSUSU; as resoluções da diretoria colegiada, RDC; as resoluções normativas, RN; as resoluções operacionais, RP - além dessas, cada diretoria pode editar instrução normativa, IN e as decisões devem ser feitas com base em legislação existente sendo a lei que a criou, acima mencionada<sup>25</sup>).

Desde a sua criação até agora, a Agência promulgou diversas resoluções direcionadas às operadoras de seguros e planos privados de saúde.

A RN de 10/04/2002 expressa um problema sem resolução até o momento. Trata-se do ressarcimento das operadoras ao SUS. Este é um dos conflitos que se situam no limite dos interesses entre público e privado e se refere à “dupla porta de entrada”, acima referida, para o atendimento dos beneficiários de planos. O encaminhamento ao SUS é um procedimento bastante freqüente das operadoras de planos e essencialmente consiste na utilização de serviços públicos sem o pagamento correspondente.

O problema que mencionamos não é jurídico, já que a medida foi editada pela ANS sobre a forma de uma RN, mas reside na dificuldade existente na sua aplicação. Até hoje, existe um conflito que, em pouco, de tão velho e rotineiro, ficará esquecido. As diversas tentativas de aplicar o ressarcimento não lograram êxito. O procedimento operacional consta, também, da resolução: ***as operadoras enviam dados cadastrais dos seus clientes à ANS. O DATASUS cruza periodicamente os dados enviados dos atendimentos prestados pelo SUS com os do cadastro de beneficiários. Identificado o beneficiário, a ANS publica aviso às operadoras***<sup>25</sup>.

Alguns dos obstáculos para a RN ser operada são administrativos, como a desincompatibilização entre o tempo em que acontece o atendimento e a entrada do dado no cadastro<sup>25</sup>. Além do que os próprios cadastros da ANS devem conter falhas, considerando o precário sistema de informações do parque hospitalar privado<sup>18</sup>.

Acreditamos que na ausência de resposta das operadoras ao aviso de ressarcimento ao SUS reside a questão mais densa. Se as operadoras não respondem à intimação de pagamento, não é clara a autoridade da Agência sobre os agentes regulados. Nem também a obrigatoriedade do cumprimento das RN e, no caso de não cumprimento, os mecanismos de punição quando não é efetivado o ressarcimento ao SUS.

Subsumida nesta intrincada teia, as políticas de saúde no país carregam o peso do seu próprio DNA. A história comporta conjunções críticas nas quais são feitas as opções políticas e institucionais iniciais para um setor, com legitimação dos atores e definição de arranjos institucionais. As opções assumidas nesses momentos tendem à permanência e, a menos que surja alguma força suficiente para superar essa inércia de origem, limitam opções posteriores<sup>26</sup>. Não há aqui referência à determinação da história, mas à idéia de que opções políticas assumidas no país em diversas conjunturas tendem, também, a espelhar-se na organização do mercado e nas relações entre o público e o privado<sup>9</sup>.

## Conclusões

A análise comparada de políticas de saúde pública e de regulação de planos privados em países europeus com a política de saúde no Brasil pareceu-nos relevante para a explorarmos o papel das trajetórias institucionais das políticas regulatórias estatais na definição da política de saúde suplementar.

As restrições a que as políticas de bem-estar, nos países europeus, são submetidas com as mudanças de política econômica e desemprego e a conseqüente restrição de gastos nos sistemas de seguridade social são ainda pouco significativas ao serem comparadas com as restrições e as conseqüências observadas no Brasil frente a políticas econômicas semelhantes.

Na medida em que estes benefícios foram incorporados à estrutura das sociedades européias, sua retirada torna-se geradora de conflitos e bastante problemática. Por este motivo, barreiras de acesso tais como localização, listas de espera, superposição de coberturas, nos países da EU, conseguem combinar um mínimo básico com a equalização de benefícios.

A especificidade do caso brasileiro, pelo contrário, se situa no papel que coube ao Estado no crescimento dos planos de saúde. Percebe-se um favorecimento indireto do aumento do número de beneficiários destes planos e a diminuição de cobertura que se explica pelas mazelas do setor público. Dentre elas, a perda da extensão universal da atenção à saúde, as dificuldades no acesso,

a falta de avaliação e controle adequados dos serviços de saúde, aliados à carência de financiamento e à utilização privada dos recursos públicos.

A análise de resultados de pesquisas recentes evidenciam a ausência de controle e avaliação da qualidade da atenção, infra-estrutura e incorporação de tecnologias nos serviços privados conveniados com o SUS. Ao mesmo tempo, beneficiários de planos mais econômicos são encaminhados para atendimento pelo SUS. Ambas as situações reforçam uma tendência à segmentação da atenção à saúde e o favorecimento indireto do setor privado pelo SUS.

Ao acrescentar dados recentes de produção de procedimentos, capacidade instalada, utilização de tecnologia e financiamento, observa-se a tendência à especialização do setor público na atenção básica, enquanto o setor privado se especializa em serviços de média e alta complexidade, reforçando assim a segmentação do sistema de saúde.

Para finalizar, os aspectos relativos à regulação do setor estatal sobre o privado têm avançado no contexto da Reforma do Estado que criou as agências regulatórias. No caso da saúde, a ANS, cujas atribuições relativas a mecanismos de operacionalização de dispositivos jurídicos não outorgam poderes suficientes à Agência sobre os agentes regulados, como se pode observar no caso da Resolução Normativa relativo ao ressarcimento das operadoras ao SUS pela utilização privada de serviços públicos.

## Agradecimentos

Agradeço a Cesar Guimarães pela leitura cuidadosa da versão final do artigo.

## Referências

- Weber M. *Metodologia das ciências sociais*. São Paulo: Cortez; 1992.
- Marshall TH. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar; 1967.
- Beveridge SW. *O Plano Beveridge: relatório sobre seguro social e serviços afins*. Rio de Janeiro: Jose Olympio; 1943.
- Mossialos E, Thomson S. *Voluntary health insurance in the European Union*. Copenhagen: World Health Organization; 2004.
- Thomson S, Mossialos E. *Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy*. London: The London School of Economics and Political Science; 2006.
- Wolf M, Foubister T, Busse R. Access to health care in the EU Member States. *Euro Observer* 2004; 8(2):1-3.
- Alber J, Kohler U. *Quality of life in Europe. Health and Care in an Enlarged Europe*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2004.
- Medici AC. *Financing health policies in Brazil: achievements, challenges and proposals* [Sustainable Development Technical Department Papers Series]. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank; 2002.
- Gerschman S, Borges A. O sistema único de saúde, como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 2006; 21(61):177-190.
- Cordeiro HA. *As empresas médicas*. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
- Labra ME. Associativismo no setor Saúde brasileiro e organizações de interesse do empresariado médico. *Physis* 1993; 3(2):193-225.
- Costa NR. *Políticas públicas, justiça redistributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social*. São Paulo: Hucitec; 1998.
- Borges A, Gerschman S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil - Arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3): 795-806.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, capítulo da saúde, art. 199 p. 33. Brasília 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br>
- Santos PF, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2006; 10(19):25-41.
- Ugá MAD, Barbosa PR, Lima LS, Portela MC, Murat VM, Gerschman S. *Dimensionamento dos planos de saúde comercializados por hospitais filantrópicos no Brasil*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2006.
- Immergut EM. *Health politics interests and institutions in Western Europe*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
- Ugá MAD, Lima LS, Portela MC, Murat VM, Gerschman S. *Estudo dos prestadores hospitalares frente às práticas de micro-regulação das operadoras de planos de saúde* [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: ANS/ENSP; 2007. [Mimeo]
- Polanyi K. *A grande transformação*. Rio de Janeiro: Campus; 1980.
- Gerschman S, Veiga L, Guimarães C, Ugá MAD, Portela MC, Murat MV, Barbosa PR, Lima SML. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde dos hospitais filantrópicos. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2): 487-500.
- Bahia L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Cien Saude Colet* 2001; 16(2):329-339.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária*. Rio de Janeiro: IBGE; 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares(SIH) do SUS, Produção Ambulatorial(SAI) do SUS, Brasil 2006. [acessado 2007 Jun]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>
- Lei nº 9. 565/98. Cria a Agência Nacional de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1998; 2 jun.
- Santos SI. Marco regulatório do setor de planos e seguros privados de assistência à saúde no Brasil; 2003. [Mimeo]
- Pierson P, Skocpol T. Historical Institutionalism in Contemporary Political Science. In: Katznelson I, Miller H, editors. *Political science: the state of the discipline*. New York: WW Norton and Company; 2004.

Artigo apresentado em 09/07/2007

Aprovado em 20/08/2007

Versão final apresentada em 30/10/2007