

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A MEDICINA DE GRUPO

1. INTRODUÇÃO

Recentemente abordou-me um jornalista e perguntou-me o que achava da proposta que tinha sido apresentada ao Presidente de estender a medicina de grupo a toda a classe trabalhadora, mediante desconto de 22% da contribuição de empregados e empregadores.

Externei minha opinião contrária à idéia. Defendi o SUS. Achei que com os recursos previstos o próprio público poderia garantir melhores condições de atendimento através do próprio SUS.

Minha opinião, respondendo a uma consulta, saiu em manchete: "Diretor do SUS denuncia pressão comercial contra o SUS". Ora, eu não estava denunciando. Emiti minha opinião que agora quero explicitar em maior profundidade.

2. O SUS E A INICIATIVA PRIVADA

A Constituição brasileira é clara. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Sua participação complementar dentro do SUS é constitucional e na prática há décadas vem sendo utilizada.

Nada tenho contra a iniciativa privada dentro da assistência à saúde. Tenho sim sérias restrições a determinadas práticas privadas de assistência à saúde. Sou contra os seguros de saúde que intermedeiam inescrupulosamente a atividade de saúde com lucros elevados em detrimento do pagamento justo ao trabalho profissional e atendendo apenas a parte menos dispendiosa dos serviços de saúde, deixando ao público a responsabilidade pelo atendimento de alto custo ou crônico.

Foi muito estranho o que aconteceu. Em plena crise do SUS, quando faltavam recursos para se pagar os prestadores privados e os serviços públicos estaduais, municipais e federais, apareceu na praça, com altos custos de marketing, a proposta salvadora de um PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA. Este plano vinha oferecido pelos dirigentes da medicina de grupo e outras entidades com um custo público de cerca de 178 dólares para um custo real de mais de 200 dólares habitante/ano! Foi oferecido ao Presidente e à sociedade como se fosse esta a salvação. A participação pública era com a utilização de 22% da contribuição de empregados e empregadores (quando não se conseguir, como até hoje, os 15,5% constitucional que é devido ao SUS). Foi de um oportunismo inescrupuloso. É necessário que a população entenda. A constituição brasileira preconiza o caráter público da

(B)

assistência à saúde, sem negar o direito à assistência privada. Defendemos este caráter público por considerarmos que o papel preponderante do Estado é garantir os bens sociais essenciais. Papel este de que não pode abrir mão. Um estado moderno é aquele que cuida integralmente do social e regula os demais setores como a economia e outros, sem ter que, necessariamente, meter o bico em tudo. Países que achavam que poderiam deixar a saúde ao sabor da economia de mercado, unicamente ou essencialmente privatizada, hoje se penitenciam de um pecado capital e estão, como por exemplo os EEUU buscando uma saída pelo caráter público. Por que nós quarto mundistas temos que fazer a rajetória ao contrário? Ir para onde, os que já foram e não deram certo, estão voltando? Quando falo em serviço de saúde público o que defendo é sua universalização, seu financiamento público, seu caráter público com controle estatal e da sociedade. Não como propriedade estatal. Assim acho defensável a participação complementar dos hospitais privados filantrópicos ou lucrativos financiados pelo Estado e controlados por ele e pelos cidadãos usuários. O caráter público não está na propriedade, mas no seu uso controlado em favor dos cidadãos.

Os interesses em jogo são a disputa de uma clientela. O SUS precisa da classe média para defendê-lo como direito de cidadania. Se o SUS se tornar um SUS-PPM (SUS para Pobres e Miseráveis) ele estará condenado ao desaparecimento pois os pobres não têm defensores suficientes de seus interesses. Eles são incapazes de vocalizar socialmente suas necessidades, pois os ouvidos se ensurdecem diante do clamor da classe pobre. Diagnóstico errado ou exagerado? Não, é a pura verdade. Caso contrário não teríamos chegado ao estado onde estamos com 32 milhões de brasileiros em estado de miséria absoluta. Que vocalização conseguiram até agora? Só quando os Betinhos da vida vocalizaram por eles é que nos deparamos com o tamanho da miséria que nos rodeia. A classe média é a grande vocalizadora. Quando ela tirou seus filhos da escola pública e optou pela privada já sentimos o que aconteceu!... O pior momento do ensino brasileiro... meses e meses de greves, sem respostas padrão de ensino dos mais críticos... etc. etc.

A disputa de qualquer plano de medicina de grupo financiada com recursos públicos, como a proposta apresentada, é inconstitucional e uma disputa ilegal com o SUS.

3. OS PROBLEMAS DOS PLANOS DE SAUDE

Os planos privados têm crescido. Num balanço, exclusivamente econômico, análises colocam o ramo num dos bem sucedidos. Entre os problemas que vemos nos planos de saúde cito alguns, lembrando que não são todos os planos que padecem de todos estes desvios:

- promessas muitas vezes acima daquilo que realmente é oferecido;
- elevados custos de marketing que recaem sobre os prêmios pagos pelos segurados ou gozam de algum tipo de renúncia fiscal (IRPF) embutidos nos custos operacionais;

- não garantia de assistência a procedimentos de alto custo e/ou complexidade;
- não cobertura para doenças infecto-contagiosas e/ou mentais;
- longos períodos de carência;
- garantia de internação limitada a dias em regime de UTI (terapia intensiva);
- preços proibitivos, crescentes com o risco, como por exemplo, idade avançada;
- promoções de preços para iniciantes, aumentos sucessivos, levando o segurado à desistência mesmo antes de findar seu período de carência (lucro certo do já pago);
- limitações contratuais omitidas nas explicações aos segurados, muitas vezes escritas no contrato em tipos de letras menores;
- direitos não claramente esclarecidos levando a pagamentos complementares na hora da utilização;
- ressarcimento a menos quando da utilização de outros serviços em situações de emergência ou quando fora do local onde funciona ou tem o local de assistência conveniado;

Estas são apenas umas das questões que variam de um a outro grupo e que acabam lesando direta ou indiretamente os direitos de cidadania dos segurados.

Os gastos atuais com o SUS por habitante é de cerca de 50 dólares ano. O gasto médio dos seguros privados é por volta de 200 dólares por pessoa/ano.

4. PLANOS DE SAÚDE E POPULAÇÃO

Já citamos acima alguns dos problemas relacionados aos seguros privados de saúde. É necessário entender bem o que se está cobrando, ler com o máximo de atenção os contratos. Pedir opinião de terceiros. Saber o que se quer e o que se compra. A fiscalização em primeiro lugar deve ser do cidadão. Existe, entretanto a defesa do consumidor para procurarmos quando nos sentirmos prejudicados em nossos direitos de consumidor.

O Ministério Público, através da promotoria, é outro local onde podemos recorrer quando nos virmos lesados em nossos direitos de cidadania.

Não tenho dúvidas que o mau funcionamento do SUS acabou empurrando a classe média para os seguros privados. Foi a alternativa que lhes ocorreu. Vejo a necessidade de revertermos este quadro. Defendo o direito do cidadão em fazer opção livre de qualquer seguro complementar, mas não acho justo que ele tenha ido buscar o seguro privado por não ter satisfeito seu direito ao público. Não foi uma opção livre, foi um constrangimento por necessidade. Temos que reverter isto o mais rápido possível.

5. A GARANTIA DA SAÚDE ATRAVÉS DO SUS

Por melhor que seja o SUS e que consiga sair desta crise pagando o justo em preços e prazos, o custo da assistência à saúde é cada dia maior. Para se ter uma idéia de grandeza enquanto gastamos no Brasil 80 a 100 dólares por habitante/ano, somando-se o público e o privado, em países desenvolvidos o gasto com saúde está entre 1000 e 2000 dólares por habitante. Chega-se mesmo ao cúmulo de nos EEUU se gastar 3.250 dólares por habitante/ano com saúde, 14% do PIB e ainda se ter 40 milhões de norte-americanos sem assistência à saúde.

Qualquer tipo de participação complementar da sociedade para o financiamento da saúde pública pode ter sua razão de ser. A Lei Orgânica da Saúde é clara quando diz que a Saúde é direito de todos e dever do Estado com a cooperação do indivíduo, das famílias, da sociedade e das empresas. O que se tem de avaliar é a relação custo-benefício. Há muito engodo nesta área de capitalização de fundos. Existem capitalizações que têm sem pre garantido o lucro dos promotores. As entidades ou têm uma margem ínfima de lucro ou levam mesmo prejuízo. Quantos bingos encheram o bolso de firmas especializadas em promoções e deixaram um déficit maior ainda nas entidades que seriam beneficiárias!...

A sociedade tem alguns caminhos a seguir para ter assegurado a cada cidadão o direito à saúde. O financiamento à saúde tem sido baixo como já vimos, mas pode ser priorizado e ser aumentado a níveis, senão ótimos, pelos menos suficientes.

O caminho para melhorar o SUS não é a escapatória de fazer seguros paralelos. É, isto sim, a luta para garantir seus direitos. Se, mesmo assim, garantido seu direito ao SUS o cidadão quiser fazer opção pessoal e LIVRE para qualquer outro sistema suplementar ou complementar, não há nada contra. O que não pode acontecer é o indivíduo ser pressionado a buscar um seguro, por ter-lhe sido cerceado o direito à assistência à saúde. Livre opção sim, mas livre coação não.

E se, livremente, o cidadão buscar o suplementar em assistência à saúde que fique ciente de seus direitos e exija o cumprimento contratual e a cobertura total ao pequeno, médio e grande risco e não apenas aos serviços menos caros.

GILSON CARVALHO
Brasília - Julho/93