

## A Economia Política da Saúde no Brasil

### Notas sobre a regulamentação dos planos e seguros privados

Carlos Octávio Ocké Reis\*

*caracteres  
especiais?*

[...] (D)evido s menores possibilidades de crescimento da produtividade do trabalho, os serviços de saúde organizados de forma estritamente capitalista teriam que ser oferecidos a preços cada vez mais altos, tomando-se, portanto, crescentemente inacessíveis para a sociedade [...]. Torna-se, portanto, necessária a intermediação dessa contradição, que vai processar-se exatamente através do Estado, ou seja, pela política de saúde\* (Bayer & Leis 1986:122)

1

A definição de normas que visam regular<sup>1</sup> o setor privado de saúde não-contratado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é decisiva no tocante ao rumos do modelo assistencial no Brasil. Torna-se necessário, então, avaliar o processo de regulamentação desse subsistema, sobretudo num momento em que existe uma correlação de forças político-ideológicas favorável à desregulamentação dos mercados.

Esse subsistema privado vem demandando recursos financeiros crescentes do padrão de financiamento público e, em certa medida, vem limitando os objetivos preconizados pelo SUS na Constituição de 1988. Por outro lado, o governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) não deverá desenvolver políticas de saúde universais e equitativas, o que irá destruir o SUS em seu caráter público, identificado como direito social. Isso poderá agravar as "[...] desigualdades sociais, individuais e regionais [...] relegando uma parcela significativa da população a um estado quase completo de marginalidade com relação ao acesso dos serviços sociais básicos" (Fiori 1993:29).

Afasta-se, portanto, cada vez mais, a possibilidade de se realizar uma política de saúde com uma perspectiva universalista-redistributivista através do SUS. Extrapolando o âmbito setorial, tal política só poderia ter êxito - do ponto de vista da assistência médica à população brasileira - caso estivesse articulada a um projeto de desenvolvimento do mercado interno e a um novo padrão de financiamento da economia e do setor público.

Nos cabe tentar, então, responder a seguinte indagação: a conformação de um modelo médico-assistencial, assentado no setor privado "autônomo", dada a estrutura desigual da distribuição de renda, riqueza e poder, não reforçaria a iniquidade da ordem capitalista no Brasil?

Nesta perspectiva, para repensar os desafios das forças sociais que defendem o SUS, será necessário refletir teórica e politicamente a relação do Estado com o setor privado "autônomo", especialmente quando a consolidação de um *mix* público/privado no sistema de saúde apresenta-se como uma tendência férrea.

\* Economista e Mestre em Saúde Coletiva pelo IMS / UERJ. Pesquisador visitante do Núcleo de Estudos em Economia e Saúde, DAPS, ENSP, FIOCRUZ.

<sup>1</sup> Por hora, o conceito de regulação é apropriado a partir da seguinte noção: "[...] regulação como intervenção ativa e consciente do Estado ou de outras organizações coletivas [...] ao nível setorial, a multiplicação das regulamentações" (Boyer 1990: 46).

## 2

Na década de 90, em plena era do neoliberalismo, isto é, no auge da ditadura do capital financeiro, a desigualdade tornou-se um valor positivo. O Estado capitalista contemporâneo precisa, entretanto, continuar exercitando sua hegemonia de classe através do desenvolvimento de políticas sociais.

Tal estratégia é primordial para sustentação do poder político de um Estado, que, ao romper com qualquer projeto de solidariedade social, sanciona a exclusão dos trabalhadores, das classes médias, dos setores mais frágeis da pequena burguesia e, em definitivo, dos miseráveis.

Vale dizer, aquele exercício ocupa agora um espaço central mais como instrumento de persuasão do que como instrumento de integração efetiva das classes dominadas à ordem burguesa. A organização dessas políticas a partir da ética do mercado, da acumulação capitalista *stricto sensu*, exige que as políticas sociais assumam predominantemente uma função ideológica. Afinal, a reforma do Estado na perspectiva neoliberal pretende “[...] privatizar os setores de política social previamente assumidos pelo [...] pelo Estado [...]”. É a superioridade do mercado em termos de eficiência na alocação de recursos” (Ugá 1994: 18).

Esse caráter ideológico, fantasmagórico, das políticas sociais no neoliberalismo - dada a sua impossibilidade concreta de incorporar, de incluir, novos “cidadãos”, repousa materialmente na defesa da adoção de políticas sociais seletivas, focalizadas (anti-universalistas). Essas políticas necessitam, então, para obscurecer sua essência excludente e particularista, se travestir de um novo estatuto de justiça social.

Assim, a ideologia dominante tenta construir um consenso em torno do caráter redistributivo das políticas sociais seletivas, difundindo uma visão na qual o princípio da equidade pressuporia, agora, o direcionamento das políticas sociais aos segmentos mais frágeis e desorganizados da população.<sup>2</sup> Afinal, a satisfação das necessidades sociais dos integrados do mercado de trabalho formal, dos que tem direito ao consumo na cadeia produtiva, se daria através do compra dos serviços coletivos básicos. No caso do setor saúde, esse “direito ao consumo” se realizaria através dos planos e seguros privados de saúde.

Tal perversidade é dramática, não só porque de fato aqui no Brasil as idéias estão “fora de lugar”, mas porque está claramente configurada uma apropriação da noção de cidadania (re)instaurada pela social-democracia europeia.

A tendência estrutural é que a massa de excluídos seja crescente exatamente devido às consequências sociais do neoliberalismo. Principalmente nos países latino-americanos, onde sempre predominou uma organização social autoritária, heterogênea e excludente, típica do capitalismo periférico. Nesses países, se é polêmico admitir que as políticas sociais universalistas consigam promover um mínimo de equidade social, tendo em vista a ordem desigual capitalista, o que dizer das políticas seletivas - que cristalizam intrinsecamente o *status quo*.

## 3

<sup>2</sup> DRAIBE (1993) defendeu que a focalização, entre outras estratégias de políticas públicas, não deveria ser considerada monopólio da estratégia neoliberal. Em um trabalho anterior, a autora já apontava que “[...] o princípio da equidade [...] requer o direcionamento das políticas sociais básicas aos segmentos mais frágeis da população, introduzindo seletividade na prestação de serviços” (Draibe 1990: 52).

O bloco político-partidário que sustenta e apoia o governo FHC vem conduzindo um conjunto de reformas no âmbito do Estado e da economia no Brasil. Tais reformas estão inseridas no marco do Consenso de Washington e são orientadas pela doutrina neoliberal (Fiori 1994).

Do ponto de vista das políticas públicas, foi frustrada a tentativa de construção de um Estado do bem-estar social (Aureliano & Draibe 1989). Estamos, na verdade, assistindo a crise do incipiente modelo de Seguridade Social, solidário e redistributivista, reconhecido formalmente na Constituição de 1988.

Esta linha de argumentação não desconhece os avanços obtidos pela estratégia política do que se chamou de reforma sanitária, materializada nas experiências exitosas observadas no interior do SUS, no que tange ao fortalecimento da esfera pública e à melhoria do acesso dos serviços médico-assistenciais ao povo brasileiro. Apenas chamamos a atenção para o fato de que, se tal reforma ainda funciona como uma *pièce de resistance* à supremacia da lógica mercantil, isso não impediu o avanço do capital na organização do modelo assistencial.

No campo da saúde, a crise da Seguridade Social resultou e resulta, em parte, da natureza predatória que a política de estabilização inflacionária do governo federal - o Plano Real - vem impondo ao patrimônio público e ao financiamento do SUS. A dinâmica perversa dessa política econômica, ilustrada pela necessidade de adoção da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), obstaculiza e até mesmo inviabiliza a construção do SUS universal, equitativo e eficiente.

Em fins da década de 80, as crises fiscal e financeira do Estado brasileiro - combinadas com o alargamento da hegemonia neoliberal - fortaleceram a posição do setor privado no nosso modelo assistencial: somada à força econômica, política e organizacional do setor privado contratado, constata-se que os planos e seguros privados de saúde representavam um subsistema com um ótimo desempenho, tanto no faturamento quanto no nível de cobertura.

Nesta perspectiva, a um só tempo, verificou-se o colapso da oferta e da qualidade dos serviços de saúde que integram o SUS e, em decorrência, o fortalecimento do setor privado de saúde não-contratado pelo Estado; ou seja, dos planos e seguros privados de assistência à saúde.

Vale dizer, essa expansão capitalista no interior da oferta de serviços sanitários, seja no financiamento seja na prestação, derivou evidentemente da falência da produção de serviços de saúde no bojo da esfera pública. O mais grave, entretanto, é notar também que aquela expansão foi e continua sendo impulsionada fortemente pelo padrão de financiamento público. O fundo público, centralizado e operado pelo Estado, acaba permitindo a viabilização do consumo dos serviços privados de saúde; nesse caso, entre outros, isentando os gastos em saúde dos consumidores no Imposto de Renda sobre Pessoa Física (IRPF).

De outro ângulo, a concorrência intercapitalista entre os planos e os seguros privados de saúde está intimamente vinculada à disposição organizacional dos serviços públicos de saúde e, em especial, à determinada regulamentação jurídica específica. Em relação a essa primeira característica do padrão de competição desse mercado, sabe-se que o perfil da oferta de boa parte das empresas médicas é forjada a partir do perfil de oferta do SUS: sua localização geográfica, seu nível de complexidade, as nosologias tratadas etc.

E, no tocante à última característica, é especialmente significativa as mudanças que podem vir a ser produzidas nesse mercado com a sua normalização: o que aconteceria, por exemplo, se boa parte das empresas de Medicina de Grupo deixassem de ser filantrópicas; ?

se as seguradoras de saúde pudessem ter serviços próprios; ou se preferirmos, se o SUS fosse ressarcido pelas empresas médicas por cada atendimento realizado para sua clientela?

Finalmente, a regulamentação do setor privado não-contratado pelo Estado torna-se a cada dia imprescindível politicamente, principalmente em se tratando de serviços de saúde financiados e oferecidos à população economicamente ativa e às classes médias. Essas classes, ou segmentos de classes, têm realizado inúmeras denúncias quanto à qualidade e à idoneidade dos planos e seguros privados de saúde.

Isso tensiona, pontual e levemente, a legitimidade do governo FHC no que se refere ao trato das questões sociais - tendo em vista o poder de vocalização dos consumidores desse mercado e, ainda, tendo em vista a "preocupação" do capital em geral com a "saúde" da força de trabalho (em ação e em potencial).

Podemos então afirmar que o governo, em sua dimensão econômica, político-jurídico e organizacional, aliado às classes médias e aos trabalhadores, possui em tese um potencial de atuação, no que se refere à regulamentação, dado que o Estado detém recursos financeiros, políticos e organizacionais essenciais para a lógica de reprodução das frações do capital organizadas no setor saúde.

#### 4

O Estado brasileiro vem atuando como o principal financiador das ações e serviços do setor saúde. Essa afirmação nos força a reconhecer que uma análise do mercado financiador e prestador de serviços privados de saúde não deve menosprezar as suas relações financeiras com o padrão de financiamento público:

"(d)iversas podem ser as formas de atuação do Estado no campo da saúde [...] Concessão de subsídios, isenções fiscais ou incentivos a população resultando no barateamento dos custos de atenção à saúde para a população ou para certos segmentos desta" (Medici 1990b:7).

Desse modo, poderíamos caracterizar esse mercado em dois grandes grupos: o primeiro grupo está circunscrito ao que se denomina de setor privado contratado.<sup>3</sup> O grupo está composto por prestadores de serviços de saúde que mantêm uma relação direta de compra e venda com o Estado. Após a implantação do SUS, em termos da legislação vigente, o acesso a tais serviços independe de qualquer contribuição monetária.

O segundo grupo está circunscrito ao que se denomina de setor privado "autônomo"<sup>4</sup>. Esse grupo está composto pelas seguradoras de saúde, as empresas de medicina de grupo, as cooperativas médicas e os serviços de saúde próprios das empresas. Ao contrário do grupo anterior, o acesso a tais serviços pressupõe contribuição monetária, isto é, renda.

O mercado financiador e prestador dos serviços privados de saúde abrange, então, dois grandes ramos capitalistas: um ramo cuja dinâmica de acumulação não é autônoma em

<sup>3</sup> As instituições filantrópicas, embora não tenham fins lucrativos, podem exercer contratos, convênios e credenciamentos com o sistema público e com o setor privado "autônomo", principalmente as instituições filantrópicas cujas clientela são abertas e universais.

<sup>4</sup> O médico empresário, o profissional liberal, é também um segmento do setor privado "autônomo". Seus serviços são financiados através do desembolso direto da renda dos consumidores.

relação aos gastos públicos em saúde (o setor contratado pelo SUS) e outro ramo (ou ramos) onde tal dinâmica é autônoma frente a esses gastos (setor privado “autônomo”).

Define-se, assim, esse último setor, pois considera-se “[...] que os planos de saúde [...] vêm reduzindo continuamente a centralidade do gasto público como elemento de sustentação financeira do sub-sistema privado de saúde” (Conill 1993:100). No entanto, essa interpretação é usualmente apropriada para designar uma autonomia financeira do setor privado “autônomo” em relação ao Estado, como indica a citação abaixo:

“[...] elementos [...] indicam uma crescente autonomia do setor privado vis-à-vis o Estado na década de 80, em função do fortalecimento de novos mecanismos de financiamento (os planos de saúde) capazes de viabilizar o acesso ao sistema privado por parte das camadas médias, à margem da intervenção da política social” (Faveret Filho & Oliveira 1990:258).

Surge a polêmica: será que o setor privado “autônomo” seria autônomo em relação ao padrão de financiamento público, em outros termos, em relação ao Estado?

Na década de 90, constatamos que os incentivos governamentais destinados ao setor privado “autônomo” permitem questionar o caráter verdadeiramente autônomo desse setor em relação ao padrão de financiamento público. Ao nosso ver, a autonomia de tal setor frente aos gastos públicos em saúde não seria um elemento suficiente para apontar sua autonomia financeira em relação ao Estado.

Mesmo porque, a rigor, como a clientela da medicina privada utiliza os serviços mais onerosos do setor público de saúde, sem querer entrar no mérito da legitimidade desse uso, do ponto de vista das empresas médicas, o gasto público em saúde estaria também promovendo “a certa distância”, o ritmo de acumulação capitalista dessas empresas. Aqui, a socialização dos custos e a apropriação privada do excedente econômico reproduz prática conhecida do Estado capitalista no Brasil. Como veremos adiante, poderíamos dizer, que esse setor padece de uma espécie de *Complexo de Édipo*: não se libertou completamente nem mesmo de um dos instrumentos que possibilitaram a sua gestação: os gastos públicos em saúde.

Nossa hipótese central é que a lógica de acumulação do setor privado “autônomo” pressupõe a participação do fundo público<sup>5</sup> no seu circuito de reprodução econômica.

Desde o final da década de 60 até o início dos anos 80, o Estado brasileiro viabilizou a expansão do setor privado “autônomo”. Tal expansão foi impulsionada em grande parte através dos gastos públicos em saúde. Vale dizer, entretanto, que nas décadas de 80/90, o setor privado “autônomo” consolidou-se, configurando um mercado financiador e prestador de serviços privados de saúde tipicamente capitalista.

Essa tipicidade a que me refiro caracterizou-se pela existência de um ramo capitalista em grande parte autônomo em relação aos gastos públicos em saúde. Acontece que a sua dinâmica de acumulação repousa apenas aparentemente nas leis de mercado. A despeito dessa dinâmica não estar mais vinculada diretamente aos gastos públicos em

<sup>5</sup> O conceito de fundo público “[...] não é, portanto, a expressão apenas de recursos estatais destinados a sustentar ou financiar a acumulação de capital; ele é um mix que se forma dialeticamente e representa na mesma unidade, contém na mesma unidade, no mesmo movimento, a razão do Estado, que é sociopolítica, ou pública, se quisermos, e a razão dos capitais, que é privada” (Oliveira 1993: 139).

saúde, agora ela seria patrocinada pelo padrão de financiamento público, através da renúncia de arrecadação fiscal do Estado.

Essa evidência nos leva à seguinte reflexão: o conceito de setor privado autônomo - construído a partir da constatação da independência desse setor em relação aos gastos públicos em saúde - é usualmente apropriado para evidenciar uma relação de autonomia financeira no que se refere ao Estado. Essa associação pode conduzir ao seguinte equívoco: ao não perceber que o setor privado "autônomo" mantém um imbricamento com o padrão de financiamento público, ficaria obscurecida a dependência financeira desse setor em relação ao Estado.

Justificando a interpretação acima apresentada, mencionamos abaixo os incentivos governamentais que o Estado brasileiro dirigiu ao setor privado "autônomo" tanto na fase da sua expansão quanto na fase da sua consolidação:

(a) Permissão às empresas em geral que contratavam esse setor, descontar (ou o Estado devolvia) parte da contribuição previdenciária, principalmente a partir dos convênios INPS/empresa, que também definiam que os atendimentos mais caros deveriam ser prestados pelo Estado.

(b) Estabelecendo normas, que abriram no campo jurídico, um espaço favorável a sua expansão.

(c) Financiando a juros negativos a construção de instalações físicas hospitalares e a compra de equipamentos médicos, com longo prazo de carência.

(d) Viabilizando o consumo dos serviços privados de saúde, através da dedução do imposto de renda de pessoa física e jurídica, dependendo da orientação da política econômica.

(e) Considerando enquanto estabelecimentos filantrópicos diversas empresas médicas que desempenham nitidamente atividades lucrativas. Isso implica em uma série de privilégios no campo fiscal. X

(f) Prestando os serviços de saúde de alto custo, como as doenças de longa duração e as cirurgias de alta complexidade, para a população segurada do setor privado "autônomo".

Em especial, na década de 90, o fundo público opera a viabilização do consumo dos serviços privados de saúde sobretudo através da dedução do IRPF e através da subtração do imposto a pagar das empresas em geral sobre o lucro líquido, já que os gastos com assistência médica são considerados despesas operacionais. Assim, o fundo público acaba por viabilizar o próprio setor privado "autônomo", ao estimular o consumo, a realização, das suas mercadorias - usando um termo popular - dos planos de saúde, mediante a renúncia de arrecadação fiscal.

Na verdade, embora o setor "autônomo" estabeleça um relacionamento diferente com o Estado em relação àquele efetuado pelo setor privado contratado pelo SUS (não-autônomo), não se pode obscurecer a unidade que existe entre o ramo não-autônomo e o ramo "autônomo": ambos retiram recursos financeiros do fundo público para se reproduzirem de modo capitalista, seja através do financiamento direto seja através da renúncia do governo de parte de suas receitas fiscais, a partir de incentivos e subsídios.

Apesar do setor privado "autônomo" ser *autônomo* em relação aos gastos públicos em saúde, ele não é independente em relação ao Estado, devido as suas articulações com o padrão de financiamento público. Dessa forma, seria o grau de dependência em relação

ao padrão de financiamento público o elemento diferenciador do mercado financiador e prestador de serviços privados de saúde no que tange ao seu relacionamento com a esfera política.

Essa evidência nos coloca duas questões: primeiro, porque essa fração específica do capital, o setor privado "autônomo" não consegue se desvincular dos recursos financeiros do fundo público para se expandir? E, por último, se tal setor não é autônomo em relação ao padrão de financiamento público, ou se quisermos, apresenta uma autonomia restrita, o que isso implica na conformação do *mix* público/privado no Brasil, no marco da regulamentação do setor privado "autônomo"?

## 5

Se o setor privado "autônomo" fosse de fato autônomo em relação ao fundo público, ele poderia apresentar problemas de rentabilidade, considerando uma taxa média de lucro hipotética. No entanto, como as políticas de saúde são indispensáveis socialmente, principalmente os serviços de saúde prestados à população economicamente ativa, o Estado agiria, através do fundo público, no sentido da reconstituição das condições de rentabilidade do setor privado "autônomo", através de mecanismos de subvenção:

"Esta intervenção do Estado representaria uma das contra-tendências em relação à baixa tendencial da taxa de lucro, própria da evolução do capitalismo para sua fase monopolista, tese polêmica que não nos cabe discutir aqui. Mas, além desta questão econômica mais direta, este padrão de intervenção constitui um processo de transformação capitalista das próprias políticas sociais. Este processo se manifesta pela privatização ou pelo apoio dado pelo Estado à rentabilização dos empreendimentos privados de saúde" (Andreazzi 1995:27).

Tais problemas de rentabilidade decorreriam da característica central da produção dos serviços médicos: custos crescentes decorrentes da baixa produtividade do trabalho dos serviços médicos. Desse modo, embora o setor privado "autônomo" disponha de um mercado de 40 milhões de usuários e um faturamento estimado em 10 bilhões de reais, ele possui uma vinculação decisiva com o fundo público na definição da sua taxa de lucro.

De acordo com a linha de argumentação desenvolvida por BAYER & LEYS (1984), as possibilidades de avanços da produtividade do trabalho no setor saúde são no mínimo restritas, em grande parte abaixo das demais atividades econômicas.

Segundo esses autores existe, grosso modo, uma relação inversa entre conhecimento médico e a produtividade do trabalho nos serviços de saúde. Nesta perspectiva, ao observarem o tratamento individual como o produto dos serviços médicos, apontam para o fato de que a expansão do conhecimento médico pode significar a dedicação de mais tempo de trabalho por unidade de produção.

Paralelamente, o processo de trabalho na produção dos serviços médicos é apenas em parte passível dos procedimentos usuais de fragmentação, no sentido de sua decomposição em tarefas a serem executadas por trabalho simples, desqualificado, levando à desvalorização do valor de troca do trabalho empregado (Braverman 1981:359-378). Pelo contrário, mesmo no caso dos avanços técnicos obtidos através da mecanização, os equipamentos tendem a gerar novas especializações complexas e não a substituir trabalho qualificado por trabalho simples:

"A tecnologia em saúde só tem permitido a redução do emprego quando é aplicada em processos de trabalho de fluxo contínuo. O mesmo não se aplica em processo de trabalho de fluxo descontínuo, como é o caso de consultas e cirurgias. Assim, dado o seu baixo impacto na redução do emprego, (a tecnologia médica) não elimina (e algumas vezes intensifica) o caráter *labor-intensive* do setor. Com isso, os custos associados a um setor que incorpora cada vez mais tecnologia em



equipamentos caros de diagnóstico e terapia tende a crescer vertiginosamente ao longo do tempo" (Medici 1990a:9).

Em termos capitalistas, então, os serviços médicos teriam que apresentar um crescimento em seus preços em geral devido à pressão altista dos salários decorrentes do caráter de uso intensivo da mão-de-obra médica e, também, devido à pressão altista decorrente da incorporação e diversificação de tecnologia. Esse último fenômeno, em parte, também pode ser explicado a partir da "[...] incorporação e a difusão em saúde da moderna tecnologia médica" (Marques 1991:37), como a tomografia computadorizada, a imagem por ressonância magnética etc.

Esse avanço do conhecimento tecnológico cria necessidades de sua incorporação, já que o padrão de competição do mercado financiador e prestador de serviços privados de saúde enfatiza a importância do fator tecnológico na resolutividade dos problemas de saúde. As políticas de marketing desenvolvidas através dos meios de comunicação de massa, notadamente a televisão, acabam por favorecer a propensão a consumir de seus serviços. Vale destacar que, tal incorporação aumenta os custos fixos das empresas médicas e pressiona ainda mais seus preços na medida em que o ingresso de progresso técnico<sup>6</sup> não necessariamente representa um aumento da produtividade do trabalho.

Ademais, o padrão de concorrência das empresas capitalistas do setor saúde situa-se dentro da lógica da estrutura de mercado do capitalismo brasileiro, cujos traços apresentam um perfil claramente oligopolista (Possas 1985). Em que pese que tal configuração oligopólica seja relevante para o processo de formação de preços das empresas médicas, esse fato não modifica a natureza crescente dos custos gerados pela baixa produtividade do trabalho, senão o grau de manobra que essas empresas possuem frente a essa tendência econômica. Supõe-se, naturalmente, que a rentabilidade das empresas médicas que financiam ou prestam os serviços médicos às grandes empresas, é superior à média do mercado. Desse modo, poderiam desenvolver-se com maior grau de manobra frente aos custos crescentes.

E, finalmente, a tendência do crescimento dos preços dos serviços médicos se daria devido à pressão altista decorrente dos custos financeiros provocados por elevadas taxas de juros, recomendadas numa estratégia de política anti-inflacionária.

Verificar-se-ia, portanto, uma característica econômica central da prestação dos serviços de saúde: a tendência crescente dos custos médicos (Góes de Paula & Braga 1986; Medici 1990a) e, neste caso, sendo a produção dos serviços de saúde organizados capitalisticamente, apresentariam problemas de rentabilidade.<sup>7</sup>

A partir do quadro acima mencionado, poderia-se deduzir que como a produção dos serviços de saúde apresentaria limitações quanto à produtividade, ela teria que

<sup>6</sup> Sem aprofundar a discussão, nossa hipótese consiste na seguinte idéia: a inovação dos insumos tecnológicos operada no processo de trabalho médico não atende ao modelo clássico Schumpeteriano, qual seja, da destruição criadora. Ou seja, pode-se observar, por exemplo, que a criação de um tomógrafo computadorizado não "destrói" a utilização do raio-X.

<sup>7</sup> Seria ingenuidade pensar que as fraudes, as exclusões de patologias, o rebaixamento salarial dos profissionais de saúde etc. existentes no setor seriam elementos que corroboram com a nossa tese. Não. Elas apenas indicam que, tendo em vista aquela característica central predominante no processo de trabalho médico, ou seja, a baixa produtividade do trabalho, esses expedientes são utilizados como forma de aumentar o *mark-up* das empresas médicas. Por isso que a discussão do Projeto de Lei que regulamenta o setor é tão polêmica, porque em suma, regulamentação aqui é regular a taxa de lucro dos capitalistas do setor.

viabilizar necessariamente sua reprodução acompanhando a expectativa geral de lucros através de aumentos de preços acima da média do mercado (Vögt 1980). Por isto, "[...] a inflação do setor saúde tem sido (em todos os países estudados) tradicionalmente mais alta do que a média dos demais setores" (Medici 1991a:11). Por sua vez, como a necessidade desses serviços se mantém, ou até mesmo aumenta (por exemplo, com o aumento da expectativa de vida), juntamente com o avanço da capacidade teórico-prática, esse mesmo avanço tende a torná-los economicamente inacessíveis (devido o aumento de preços), se mantidos de forma estritamente capitalista.

Tais tendências nos preços dos serviços médicos poderiam apontar a seguinte contradição para o capitalista do setor: ou haveria uma contração do mercado atendido, ou ainda, a própria impossibilidade de acompanhar o ritmo da obsolescência da tecnologia incorporada ao ato médico determinaria uma minimização daquela contração, dado que se poderia operar com custos e preços menos elevados, mas no entanto com menores possibilidades de competição no mercado.

Para ilustrar este fato, uma matéria publicada pela REVISTA SUMA ECONÔMICA (1992:42) afirma que até nos Estados Unidos "[...] quando um novo aparelho ou equipamento médico acaba de ser pago, ele já está superado, obrigando a constantes renovações e acabando por encarecer ainda mais os custos da assistência médico-hospitalar".

Resumindo: na medida em que a produção dos serviços de saúde tende a apresentar uma baixa produtividade do trabalho e, por outro lado, na medida em que ele é imprescindível socialmente, principalmente em se tratando de serviços oferecidos à população economicamente ativa - isto colocaria "[...] o Estado frente ao dilema de manter, por razões políticas, determinadas atividades econômicas não rentáveis" (Bayer & Leis 1984:114) através de mecanismos de subvenção (mantendo sua forma privada) ou, então, estatizando-as (radicalizando os mecanismos de subvenção).

## 6

A regulação do setor privado não-contratado pelo SUS - designado equivocadamente de setor privado "autônomo" (Reis 1995) - passou ao largo das normas legais atribuídas ao modelo de Seguridade Social instaurado na Constituição de 1988 e da IX e X Conferência Nacional de Saúde.

Foram necessários oito anos para que essa discussão se tornasse realidade na agenda política nacional. Na verdade, esse tema vem assumindo especial relevância na conjuntura: tanto em função dos aumentos abusivos e das fraudes dos planos e seguros de saúde quanto pela anunciada entrada de empresas estrangeiras no setor.

A possibilidade da abertura do mercado às seguradoras multinacionais, supostamente para aumentar a competição, demonstra a disposição do governo FHC em seguir a sua *real politik*, ao considerar a burguesia nacional, na fase da globalização econômica e financeira, como sócia menor e dependente.

Posto isto, quais seriam possíveis cenários da competição entre os planos e seguros privados de saúde no marco da regulamentação?

A definição de um Plano Padrão poderá favorecer os grandes grupos econômicos do setor saúde que podem mantê-lo, dentre eles, as seguradoras de saúde.

No entanto, as seguradoras de saúde não operam com uma rede própria, o que eleva seus custos. Assim, elas redirecionam o fluxo de capital para especulação no mercado financeiro

e condicionam a venda de planos de saúde à venda de planos de previdência privada, ou ainda à oferta de crédito: (Molica 1984 apud Andreazzi 1995:163).

Igualmente, a adoção obrigatória ou não da livre escolha pelos "Planos Privados de Assistência à Saúde" poderá favorecer a modalidade de seguro-saúde *stricto sensu*. Segundo a legislação em vigor, tal modalidade não pode ter serviços próprios. Nos referimos a Resolução nº 11 de 1976 do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) / Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), que proíbe expressamente as seguradoras de prestarem serviços de saúde. Assim, tal adoção poderá favorecer os grandes grupos econômicos que operam no setor saúde, já que esses podem arcar com os custos decorrentes da obrigatoriedade da livre escolha do médico e do hospital.

Para as seguradoras de saúde, o ponto focal de tensão na competição do mercado está relacionado com o segmento mais forte do mercado, as empresas de medicina de grupo e com as cooperativas, concorrentes à margem da lei, pois não são regulamentadas por nenhum órgão normalizador.

Assim, a manutenção ou não do caráter filantrópico das empresas médicas lucrativas que operam "Planos Privados de Assistência à Saúde" é decisivo ao padrão de competição entre as empresas médicas. Ao permitir que essas empresas acabem obtendo incentivos fiscais - o que significa uma renúncia de arrecadação do Estado - acaba se favorecendo sobretudo as empresas de medicina de grupo.

Para que as seguradoras de saúde possam alcançar o domínio do mercado é necessário que prestem diretamente a assistência médica dos seus beneficiários e que a regulamentação seja estendida a todos os concorrentes. Assim, a predominância do capital financeiro no setor saúde, especificamente do seguro-saúde, talvez signifique o enfraquecimento dos produtores de serviços.

Os médicos liberais e os hospitais lucrativos não contratados pelo Estado, por outro lado, acreditam que a expansão do seguro-saúde seria uma maneira de viabilizar a prática de sua medicina liberal, tendo em vista o caráter de livre escolha presente em tal modalidade de atenção médica supletiva.

É interessante notar a evolução da UNIMED na direção da constituição de uma *holding*, que se organiza sob o mesmo capital, criando uma seguradora.

As empresas de medicina de grupo de grande porte, que operam junto às empresas, não são regulamentadas. Esse fato pode beneficiá-las na competição do mercado.<sup>8</sup> Ademais, algumas empresas de medicina de grupo possuem rede própria. Tal verticalização produz efeitos positivos na busca pela contenção dos custos dessas empresas.

Por outro lado, as grandes empresas do mercado estão preocupadas com os gastos crescentes com as modalidades de pré-pagamento (Conill 1993). Assim, a opção das empresas em administrar seus próprios serviços de saúde passa a destacar-se nos anos 80 "[...] como estratégia de 'cost containment' e coloca-se como uma das principais tendências da assistência médica brasileira nos anos 90" (Medici 1992:8).

Tal estratégia de contenção de custos das empresas vem provocando o surgimento do seguinte fenômeno: "(a)lguas empresas ainda combinam todos esses sistemas com os 'auto-seguros' de saúde que, complementando a autogestão da administração/compra de serviços, contorna dois tipos de problemas que crescem dia-a-dia no universo dos serviços de saúde das empresas: a ampliação dos limites para uso da livre-escolha e a cobertura

<sup>8</sup> Durante congelamentos de preços, somente as seguradoras adotavam a correção de preços definida pela SUSEP. As empresas de medicina de grupo em geral estabeleceram seus preços à margem do congelamento.

adicional para aposentados [...] A ABRASPE defende este modelo na medida em que afirma que ele permite o melhor 'mix' possível de preços, qualidade e cobertura de serviços" (Medici 1992:20).

Evidenciam-se ainda tensões entre o capital e o trabalho no setor saúde. As empresas médicas desrespeitam sistematicamente as tabelas de honorários médicos das entidades de classe (AMB).

Segundo ANDREAZZI (1995), a análise global das empresas mostra que o mercado financiador e prestador de serviços privados de saúde é ainda competitivo, embora com nítidas tendências à concentração, à verticalização, com a constituição de conglomerados e a entrada do capital grande financeiro.

## 7

O modelo assistencial brasileiro vem se orientando não nos marcos do previdencialismo alemão, tampouco do universalismo inglês, mas pelo modelo americano onde "[...] a grande maioria das pessoas paga por formas privadas de atenção médica" (Medici 1991:15).

Esse modelo resulta, entre outros fatores, da fragilização crescente do setor público de saúde, a um só tempo, prisioneiro do caráter privatista das políticas de saúde das últimas décadas e das estratégias de competição do mercado prestador dos serviços privados de saúde.

Por outro lado, o aparecimento do setor privado "autônomo" vem erodindo a capacidade do planejamento do Estado em relação ao sistema único. Em decorrência dessa erosão, assistimos ao aparecimento de um modelo assistencial menos permeável à dinâmica das políticas públicas de saúde. Principalmente, se o projeto de regulamentação criar as bases institucionais para uma oligopolização acelerada do mercado financiador e prestador de serviços privados de saúde, tornando o seu processo de formação de preços menos suscetível à regulação pelo Estado.

Essa expansão do setor privado "autônomo" determinou a gestação de um novo modelo assistencial nas décadas de 80/90: "[...] há uma mudança de configuração do modelo hegemônico que se reduz de quatro (modelo médico-assistencial privatista) para três (neoliberal) subsistemas, com a ruptura do subsistema privado contratado e conveniado através da incorporação de seu segmento moderno ao subsistema de atenção médica supletiva e, de seu segmento tradicional, ao subsistema público" (Mendes 1994:58).

Isso acaba por caracterizar a seguinte situação: "Partimos, inicialmente, do princípio de que o cuidado à saúde constitui parte de uma política global de reparação da população, que está estruturada em classes sociais. As ações de saúde se organizam de forma diferenciada, fragmentando as diferentes classes e frações de classe de acordo com sua inserção nos diferentes modos de produção de uma formação social, e portanto, de acordo com a sua importância relativa para o processo de acumulação haveria, pois, distintas formas de se organizar serviços para distintas classes sociais e frações de classe" (Andreazzi 1995:28).

Esse quadro, cada vez mais, vem se afinando com as propostas de reforma do Estado propugnadas pelo Banco Mundial.

Além dessas alterações na natureza de nosso modelo assistencial, gostaríamos de reforçar que, caso o governo deixe de subsidiar o consumo dos serviços privados de

saúde,<sup>9</sup> a modalidade de seguro-saúde, ligada ao capital financeiro e aos estratos de renda social mais elevados; os serviços próprios de saúde das empresas, desenvolvidos por grandes empresas e; os planos-empresa das empresas de medicina de grupo, serão as que menos sofrerão com o impacto da retirada desse incentivo governamental.

X Concluindo o trabalho, queremos apontar o seguinte paradoxo: se, por um lado, o setor privado "autônomo" apresenta uma dificuldade de autonomia capitalista, ele tem força para comandar o processo da organização dos serviços de saúde e, quiçá, a própria orientação das políticas de saúde no Brasil. Esse paradoxo, por sua vez, deixa margem para a atuação do Estado, já que ao deter recursos financeiros, políticos e organizacionais essenciais para a lógica de reprodução daquele mercado, o mesmo poderia - através das políticas de saúde - regular efetivamente os planos e seguros privados de saúde.

Do nosso ângulo, para exercitar essa tarefa seria necessário estabelecer como prioridade o fortalecimento do setor público de saúde para competir com o mercado financiador e prestador dos serviços privados de saúde. Além do mais, seria necessário uma regulamentação do setor privado "autônomo", que não apenas corrija distorções do mercado, mas esteja dirigida ao fortalecimento dos serviços públicos de saúde, que, como num círculo virtuoso, reforçaria a regulamentação.

Sabemos obviamente, na atual conjuntura, como é problemático praticar políticas de saúde que se constituam, a um só tempo, num mecanismo de fortalecimento do setor público de saúde, e, num mecanismo efetivo de regulação.

Resta saber, então, a despeito do potencial regulatório do Estado, na atual correlação de forças políticas no Congresso Nacional, qual será o tipo de regulamentação implementada: uma regulamentação para corrigir as "falhas do mercado" - como reconhece a teoria econômica neoclássica - vis-à-vis as externalidades e assimetrias do mercado de serviços de saúde. Ou uma regulamentação para efetivamente regular a taxa de lucro do setor e garantir a qualidade e a ética na prestação dos serviços médicos à população. E, a partir daí, criar um circuito virtuoso em relação ao SUS, caso queira dotá-lo da característica de "único".

### Referências bibliográficas

- ANDREAZZI, M.F.S., 1995. *O Seguro Saúde Privado no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: ENSP, FIOCRUZ, (tese de mestrado).
- AURELIANO, L. & DRAIBE, S.M., 1989. A especificidade do "Welfare State" Brasileiro. In: *A Política Social em Tempo de Crise: Articulação Institucional e Descentralização*, MPAS/CEPAL, Vol. I: 86-179.
- BAYER, G.F. & LEIS, H., 1986. Saúde enquanto questão politicamente intermediada. *Serviço social & sociedade*, 22: 103-125.
- BOYER, 1990. *A Teoria da Regulação*. s/ref.
- BRAGA, J.C. & GOÊS DE PAULA, S., 1986. *Saúde e Previdência* - Estudos de Política Social. São Paulo: Hucitec.
- BRASIL, 1994. *Constituição de 1988* (Juarez de Oliveira org.). São Paulo: Saraiva.

<sup>9</sup> Finalmente é interessante destacar as declarações do então Ministro do Planejamento, José Serra, no que tange aos incentivos fiscais ao consumo das modalidades de atenção médica supletiva: "- Hoje, o pobre acaba financiando à saúde de quem tem mais dinheiro. Os recursos que deixam de ser arrecadados com os abatimentos de imposto de renda poderiam reforçar o orçamento da saúde [...] Sei que a proposta prejudica a classe média, mas está na hora de tirar de quem tem mais para dar a quem tem menos - disse o deputado, que calcula em R\$ 900 milhões por ano o que a saúde teria com a mudança" (O Globo, 11/8/95).

- BRAVERMAN, H., 1981. *Trabalho e Capital Monopolista - A Degradação do Trabalho no Século XX*. Rio de Janeiro: Zahar
- CONNILL, E.M., 1993. *Modelo assistencial brasileiro: sistema único ou múltiplo de saúde?* Considerações sobre a emergência e a evolução do seguro-saúde privado no Brasil. Mimeo (Trabalho apresentado como requisito do concurso para professor adjunto no Dep. Saúde Pública/UFSC).
- DRAIBE, S., 1990. Políticas sociais no Brasil. *Prioridades e Perspectivas para as Políticas Públicas na década de 90*, IPEA/IPLAN, 4: 1-66.
- \_\_\_\_\_, 1993. As políticas sociais e o neoliberalismo. Reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. *Revista USP*, 17: 86-101.
- FAVARET FILHO, P. & DE OLIVEIRA, P.J., 1989. A Universalização excludente. *Texto para Discussão, IEL/UFRRJ*, 216.
- FIORI, J.L., 1993. Para uma economia política do Estado brasileiro. *Estudos em Saúde Coletiva IMS/UERJ*, 041.
- \_\_\_\_\_, 1994. Debates sobre o ponto de crítico / consenso de Washington versus Apartheid. *Estudos em Saúde Coletiva, IMS/UERJ*, 090.
- MARQUES, M. B., 1991. *Ciência, Tecnologia, Saúde e Desenvolvimento Sustentado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ
- MEDICI, A.C., 1990a. *Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde - Tendências atuais e perspectivas futuras*. Mimeo. (Trabalho apresentado no "Internacional Seminar on Health Policies", São Paulo).
- \_\_\_\_\_, 1990b. O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil: a dimensão, estrutura e funcionamento. *Relatórios Técnicos, ENCE/IBGE*, 2.
- \_\_\_\_\_, 1991. A medicina de grupo no Brasil. *Série Desenvolvimento das Políticas de Saúde, OPAS*, 1.
- \_\_\_\_\_, 1991a. Incentivos governamentais ao setor saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 2: 79-115.
- \_\_\_\_\_, 1992. Os serviços de assistência médica das empresas: evolução e tendências recentes. *Texto para Discussão, IESP/FUNDAP*, 7.
- MENDES, E.V., 1994. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: *Distrito sanitário - O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do SUS* (E. Vilaça Mendes org.). São Paulo/Rio de Janeiro, ABRASCO/HUCITEC: 19-92.
- OLIVEIRA, F., 1993. A economia política da social-democracia. *Revista USP*, 17:136-143.
- POSSAS, M.L., 1985. *Estruturas de Mercado em Oligopólio*. São Paulo: HUCITEC.
- REIS, 1995. *O Setor Privado de Saúde no Brasil: limites da autonomia*. Rio de Janeiro, IMS, Uerj (tese de mestrado).
- SERRA, J., 1995. *O GLOBO*. Rio de Janeiro, Onze de Agosto, p.5.
- SUMA ECONÔMICA, 1992. *Medicina Supletiva: A Iniciativa Privada Cooperando com o Estado*, 158: 41-42.
- UGÁ, M.A.D., 1994. *Anais do 2º Encontro Nacional de Economia da Saúde. A experiência de Construção do SUS: Perspectivas de Financiamento* (orgs André Medici & Sérgio Piola). Distrito Federal, ABrES, pp. 57-68.
- VOGT, W. et al., 1980. *Estado e Capitalismo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.