

11/06/2019

Os Planos de Saúde e o SUS

Pedro Paulo de Salles Dias Filho

[Economista do Banco Central. Doutor em Saúde Pública/Fiocruz]

Prezado leitor, iniciamos aqui nessa coluna uma série de crônicas que avaliam a construção da assistência à saúde no Brasil, sob um olhar particular, não acadêmico, que propõe um diálogo reflexivo com você.

O título sugere que, no Brasil, temos dois lugares de produzir saúde, um público e outro privado.

É muito debatida, nos meios acadêmicos, a concorrência entre o SUS e a medicina privada. Essa última existe no Brasil desde muito cedo, e o SUS, inclusivo, surgiu com a Constituição de 1988. Enquanto saúde pública, o SUS é um achado democrático, que inclui a todos.

Esse modo de produzir saúde pública acessível a todos, é chamado de universal. Independentemente de o trabalhador ter uma carteira assinada, como era antigamente, ou apesar de possuir um plano de saúde, você sempre vai poder contar com o SUS.

E se um cidadão necessitar de um transplante de um órgão vital, é o SUS quem vai oferecer o cuidado necessário. Mas o jogo é muito desigual quando falamos das finanças e do acesso, isto é, a possibilidade de ser atendido rápido na sua localidade.

Atualmente, não vamos citar números para não cansá-lo, apenas grandezas, o SUS atende 75% dos brasileiros, a maioria que não têm planos de saúde. E depende praticamente os mesmos valores que são gastos no setor privado, a chamada medicina suplementar. E mesmo se você tiver um plano de saúde, o SUS vai lhe prestar atendimento nas urgências (SAMU), nas campanhas vacinais, no programa Farmácia Popular, ou quando for necessário. Então, o mesmo gasto anual é dispendido pelas operadoras de saúde e por gastos diretos do próprio usuário, para oferecer assistência a apenas ¼ dos brasileiros, ao passo que outro montante igual é gasto para atender a maioria, ou seja, ¾ dos brasileiros. Faltam recursos para o SUS, e a vida de quem depende de um plano de saúde, principalmente os idosos, tampouco é um mar de rosas. Ademais, quem é usuário exclusivo do SUS, nem sempre recebe o acolhimento merecido. Faltam recursos, que na linguagem acadêmica se traduz em baixo financiamento. O usuário, afinal, depende de sorte para não esperar muito, depende da qualidade do serviço oferecido na sua comunidade, enfim, a constatação é muito clara: temos dois sistemas desiguais, que inegavelmente deixam a desejar.

O público porque carece de recursos financeiros, o privado porque custa cada vez mais aos usuários.

Embora o pessoal que utiliza a saúde suplementar tenha um acesso rápido, e por contar com mais recursos e uma estrutura, podem eventualmente obter um serviço com mais qualidade, com conforto e rapidez, não se pode perder de vista que essa turma amarga uma enorme desvantagem quando recebe o carnê dos planos de saúde. Notícia publicada no site UOL, de 22/05/19, traz a manchete: “*Custo de plano de saúde empresarial deve subir 4 vezes mais que a inflação*”, e a reportagem traz um comparativo da perspectiva de aumento médio dos planos coletivos, que no Brasil acredita-se ser de 17%, bem maior que o reajuste previsto para China e Canadá (6%), Índia (9%), Rússia (11%) e México (13%), dentre outros.

No âmbito dos planos individuais, com reajuste regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a expectativa é grande, pois a agência alterou recentemente o cálculo dos reajustes. Vamos aguardar.

Em 2018 foi autorizado um aumento para os planos individuais bem maior que a inflação.

É nessa perspectiva desses grandes problemas que enfrentamos, e que podem se agravar futuramente, ou seja, dois sistemas funcionando sem garantir paz aos usuários, é que as nossas próximas contribuições a essa coluna vão se debruçar.

Que razões políticas nos levaram a ter no Brasil um sistema duplicado? Qual influência tiveram os governos na formulação dessas políticas? Que relações políticas possibilitaram esse modelo duplicado?

Como foi a participação dos trabalhadores organizados em sindicatos nessa construção que mistura atenção à saúde pública e privada? Como atuou o movimento da Reforma Sanitária durante a Assembleia Nacional Constituinte, e qual crítica pode ser feita a essa atuação? Por que o setor da saúde suplementar se fortaleceu tanto durante os governos de esquerda?

Como está funcionando a nova metodologia de cálculo do reajuste dos planos, e por quê muitos aposentados serão expulsos de seus planos de saúde, os quais, no futuro, estarão apenas acessíveis a uma pequena elite?

São impressões que reuniremos aqui caro leitor, com vistas a contribuir para o debate crítico dos problemas contemporâneos da assistência à saúde no Brasil, do ponto de vista da Economia Política da Saúde, que possibilita avaliar as relações de poder nesse setor essencial para os brasileiros.

Na próxima coluna abordaremos como se organizavam os serviços de saúde no Brasil desde fins do século XIX, até meados do século XX, sob uma perspectiva política. Até breve, e um forte abraço. ■■■

OBS. Os textos expressam a opinião de seus autores, não necessariamente coincidente com a dos coordenadores do Blog e dos participantes do Fórum Intersindical. A cada reunião ordinária, os textos da coluna Opinião do mês são debatidos, suscitando divergências e provocando reflexões, na perspectiva de uma arena democrática, criativa e coletiva de encontros de ideias em prol da saúde dos trabalhadores.