

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 587

# Gratuidade no SUS: Controvérsia em Torno do Co-Pagamento

Solon Magalhães Vianna  
Sérgio Francisco Piola  
Carlos Octávio Ockéreis

Brasília, setembro de 1998



TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 587

# Gratuidade no SUS: Controvérsia em Torno do Co-Pagamento\*

*Solon Magalhães Vianna\*\**

*Sérgio Francisco Piola\*\*\**

*Carlos Octávio Ocké Reis\*\*\*\**

Brasília, setembro de 1998

---

\* Este documento é uma versão ampliada de estudo inédito sobre a *Co-Pagamento no Sistema Único de Saúde: Vantagens, Controvérsias e Oportunidade*, elaborado no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) por solicitação da Associação Brasileira de Economia da ABRES), e com o apoio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL).

\*\* Consultor do IPEA/CEPAL.

\*\*\* Diretor-adjunto de Política Social do IPEA.

\*\*\*\* Pesquisador da DIPOS/IPEA.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO  
Ministro: *Paulo Paiva*  
Secretário Executivo: *Martus Tavares*



**Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

**Presidente**

*Fernando Rezende*

**DIRETORIA**

*Claudio Monteiro Considera*

*Gustavo Maia Gomes*

*Hubimaier Cantuária Santiago*

*Luís Fernando Tironi*

*Mariano de Matos Macedo*

*Murilo Lobo*

O IPEA é uma fundação pública, vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento, cujas finalidades são: auxiliar o ministro na elaboração e no acompanhamento da política econômica e promover atividades de pesquisa econômica aplicada nas áreas fiscal, financeira, externa e de desenvolvimento setorial.

TEXTO PARA DISCUSSÃO tem o objetivo de divulgar resultados de estudos desenvolvidos direta ou indiretamente pelo IPEA, bem como trabalhos considerados de relevância para disseminação pelo Instituto, para informar profissionais especializados e colher sugestões.

Tiragem: 180 exemplares

**COORDENAÇÃO DO EDITORIAL**

**Brasília — DF:**

SBS Q. 1, Bl. J, Ed. BNDES, 10<sup>o</sup> andar

CEP 70076-900

Fone: (061) 315 5374 — Fax: (061) 315 5314

E-mail: editbsb@ipea.gov.br

**SERVIÇO EDITORIAL**

**Rio de Janeiro — RJ:**

Av. Presidente Antonio Carlos, 51, 14<sup>o</sup> andar

CEP 20020-010

Fone: (021) 212 1140 — Fax: (021) 220 5533

E-mail: editrj@ipea.gov.br

## AGRADECIMENTOS

---

Os autores agradecem às entidades nacionais (IPEA e ABRES) e internacionais (PNUD e CEPAL) cujo apoio permitiu a realização deste estudo. Os agradecimentos são extensivos a outras organizações e pessoas que se prontificaram a ajudar com informações e mediante a exposição de seus pontos de vista sobre a questão da gratuidade no SUS. Mesmo correndo o risco de alguma omissão involuntária, seria imperdoável deixar de mencionar: no Rio Grande do Sul, dr. Rogério D. Pires, superintendente do Grupo Hospitalar Conceição e, especificamente no Hospital N.S. da Conceição desse grupo, funcionários dos setores de informática, infectologia (AIDS) e hemodiálise; o presidente da Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS), dr. Martinho Alexandre da Silva; dr. Marlow Kwitko, da Santa Casa de Misericórdia; dr. Roberto Wilkens, diretor administrativo do Hospital de Pronto Socorro da Prefeitura Municipal, todos em Porto Alegre; dr. Osmar Terra, prefeito de Santa Rosa; e Lotário Schimmer, presidente do Conselho Municipal de Saúde de Panambi. No Rio de Janeiro, dr. Oliva Filho, presidente da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, e a TV Globo, pela cessão de vídeo com reportagens sobre casos de cobrança indevida na rede do SUS. Em Brasília, na Secretaria de Saúde/Fundação Hospitalar do Distrito Federal, dras. Samara R. Nitão e Isa Helena M. Patrão; dr. Jorrildo Farias Porto, chefe do Núcleo de Farmácia; e dra. Elizabeth Camargo, do Serviço Social do Hospital de Base de Brasília (HBDF), além das bibliotecas da Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central (CODEPLAN) e do IPEA.



---

## SUMÁRIO

---

SINOPSE

1	INTRODUÇÃO	<b>7</b>
2	CO-PAGAMENTO: O QUE É E SUAS RAZÕES	<b>8</b>
3	SERVIÇOS DE SAÚDE: BENS PÚBLICOS, PRIVADOS OU DE MÉRITO?	<b>10</b>
4	A EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL	<b>12</b>
5	A BASE JURÍDICA DA GRATUIDADE	<b>15</b>
6	CAPACIDADE E VONTADE DE PAGAR	<b>19</b>
7	O CO-PAGAMENTO E A COBRANÇA <i>POR FORA</i> NO SUS	<b>24</b>
8	EFEITOS, POSSIBILIDADES E RISCOS DO CO-PAGAMENTO	<b>28</b>
9	LIÇÕES DA CONTROVÉRSIA	<b>39</b>
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<b>46</b>

---

---

## SINOPSE

---

Este trabalho analisa os argumentos mais freqüentes a favor e contra a participação do usuário no custeio dos serviços de saúde quando deles fizer uso, presentes na literatura internacional e nacional sobre a matéria. A análise está centrada nos efeitos dessa medida em: (i) moderação da demanda; (ii) ampliação da cobertura; (iii) geração de recursos financeiros adicionais; (iv) controle social; e (v) equidade. O estudo alcança também a prática, bastante difundida no SUS, da chamada cobrança *por fora*, e aponta como duas cidades próximas – Panambi e Santa Rosa, no Rio Grande do Sul – idam de forma diametralmente oposta com a questão da *gratuidade*.

Embora a maioria das objeções feitas ao co-pagamento seja menos ligada à medida em si do que à forma com que freqüentemente é aplicada, o risco maior de sua adoção, sobretudo se generalizada, parece estar no impacto negativo sobre a equidade no acesso. O fato concreto, porém, é a ausência de consenso sobre o assunto, até mesmo em questões aparentemente pacíficas como o pagamento adicional pelo uso (opcional) de instalações hospitalares especiais (apartamento privativo).

Frente à diversidade de situações encontrada no Brasil, a participação no custeio, se for o caso de sua adoção, deveria ser: (i) seletiva, no que diz respeito à renda dos usuários e aos serviços passíveis de taxação; e (ii) sujeita à decisão de cada comunidade. No nível local, onde o controle social tende a ser mais direto e efetivo, seria menos problemático evitar distorções. Nessa hipótese, não se estaria banalizando o plebiscito como instrumento de aferição da vontade popular; este poderia ser adotado nos municípios que cogitem da implementação de alguma modalidade de *cost-sharing*.

## 1 INTRODUÇÃO

Notadamente a partir da década de 70, boa parte dos países da Europa Ocidental passou a adotar políticas para refrear o crescimento dos gastos com seus sistemas de saúde. Um dos fatores determinantes dessas políticas foi o comprometimento de parcelas crescentes do produto nacional para atender à tendência de elevação dos

Os mecanismos constritivos, no lado da oferta, incluíam, por exemplo, a redução do número de leitos hospitalares, além da adoção de algum tipo de controle sobre a incorporação de novas tecnologias médicas e sobre o ritmo de formação de recursos humanos para saúde, dado o conhecido poder de indução da demanda inerente a algumas categorias profissionais, como médicos e dentistas.

Na demanda, o co-pagamento foi uma das medidas de ajuste adotadas em diversos países, tanto na Europa como, posteriormente, na década de 80, na América Latina. Não é incomum, em contextos fiscais adversos, que uma das primeiras saídas cogitadas seja partilhar a conta dos serviços de saúde com os usuários.

*per capita* com saúde cresceu, em termos reais, menos de 10% entre 1980 e 1990<sup>1</sup> (caiu nos primeiros anos desta década e voltou a crescer a partir de 1993), a preocupação do governo tem estado voltada para a manutenção da estabilidade econômica, reconhecidamente vulnerável ao descontrole do gasto público, e para a necessidade de financiar, tão satisfatoriamente quanto possível, as políticas sociais, entre as quais a saúde, que, depois da previdência social, é a área que mais demanda recursos federais [Piola e Vianna (1995, p. 25)].

Nesse sentido, a primeira (re)ação oficial objetiva foi a criação de uma nova contribuição social vinculada à saúde. A ser cobrada durante doze meses subseqüentes à data de sua implementação (23 de janeiro de 1997), a Contribuição Provisória sobre CPMF) - cuja denominação revela sua natureza emergencial e transitória - atende a um duplo objetivo:

- (a) impedir que os recursos federais destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) retomem a espiral descendente do início da década; e
- (b) servir de ponte para medidas estruturais no financiamento setorial.

Entre essas medidas estaria a limitação dos princípios da *universalidade* (CF, art.196), *integralidade* (CF, art.198, § II) e *gratuidade* (Lei nº 8 080/90, art.43). Essa parece ter sido a principal motivação, se não a única, da proposta de emenda constitu-

---

<sup>1</sup> Como percentual do PIB, entretanto, o gasto público teve um crescimento bem mais importante, quando passou de 2,34% (1980) para 3,19 em 1990 [Barros, Piola e Vianna (1996, p. 70-71)].

---

cional submetida pelo Poder Executivo ao Congresso Nacional.<sup>2</sup> Conforme divulgou a mídia, o próprio presidente da República teria, mais de uma vez, feito referência à idéia de se restringir o regime universal e implementar o pagamento dos serviços de saúde por quem pudesse fazê-lo [O Globo (7 de novembro de 1996)].

A participação do usuário no custeio não é, portanto, possibilidade remota. Daí a oportunidade deste texto, cujo objetivo central é contribuir –ainda que em caráter exploratório –para a discussão dessa questão, quando debate alguns dos aspectos mais relevantes e polêmicos que a envolvem. Entre esses pontos estão os efeitos do co-pagamento como redutor da demanda, gerador de receitas complementares e fator de iniquidade; a vontade e a capacidade de pagar da população, e, ainda, as contra-indicações, riscos e vantagens dessa modalidade de *cost recovering*.

## 2 CO-PAGAMENTO: O QUE É E SUAS RAZÕES

Co-pagamento, taxa moderadora, participação no custeio (*cost-sharing*) ou, ainda, contrapartida do usuário são diferentes maneiras para denominar o mecanismo de recuperação de custos adotado por muitos sistemas de saúde, segundo o qual o paciente arca com parte dos custos dos bens e serviços, quando destes fizer uso.

Como fator de racionalização do uso, seu objetivo mais direto é evitar a sobreutilização dos serviços médico-hospitalares e, conseqüentemente, conter as despesas em saúde, “(...) admitindo que serviços consumidos acima de determinados níveis devem ser considerados excessivos (...) a partir de determinada unidade de consumo no tempo (...)” [Medici e Beltrão (1993, p. 111-112)]. A cobrança de uma taxa sofreria a demanda supérflua aos serviços de saúde.

O efeito inibidor está associado ao conceito de *risco moral (moral hazard)* ou, como também é conhecido, abuso do segurado, “uma forma de comportamento racional que se observa quando os consumidores aumentam a sua utilização de cuidados, em razão de não terem de suportar o custo total do tratamento” [Pereira (1995, p. 290)]. Em tese, se estaria garantindo que a procura fosse efetivada a partir de uma necessidade de saúde, real e imediata, do indivíduo. Isso supõe, evidentemente, que o paciente saiba distinguir o fútil do essencial, e o postergável do urgente. Em outros termos, obrigar o usuário a custear parte dos serviços sanitários levaria a maior racionalidade na demanda dos bens e serviços de saúde, na medida em que se restringisse o consumo supostamente desnecessário e, assim, os gastos com saúde.

---

<sup>2</sup> O acréscimo da expressão — “nos termos da lei” — ao artigo 196 da Constituição, proporcionaria a abertura jurídica necessária para a adoção, via legislação ordinária, de medidas de ajuste interno no SUS, entre as quais a revogação dos princípios da integralidade da atenção e da gratuidade.

---

---

A contribuição do usuário teria, igualmente, potencial não negligenciável na geração de recursos suplementares, pois permitiria a criação de uma reserva técnica financeira para custear alguma atividade específica do governo na área de saúde, principalmente no âmbito das ações de alcance coletivo [Campos (1983); Schieber (1995)]. Vale dizer, a taxação do uso de serviços de menor custo-efetividade, por exemplo, poderia financiar, supletivamente, ações de maior prioridade social.

O co-pagamento poderia contribuir também para a valorização dos serviços por parte do usuário, o que aumentaria o controle social sobre os serviços públicos de saúde, se se tem como verdadeiro o fato de que as pessoas nem sempre valorizam o que recebem sem ônus. Assim, elas tornam-se-iam mais exigentes com a qualidade de um bem ou serviço se pagam por ele.

De outra parte, haveria certo grau de injustiça e iniquidade se a gratuidade se estendesse àqueles que pudessem pagar pelos serviços que utilizam, mesmo que já o façam via tributação. Nessa hipótese, o co-pagamento corrigiria pelo menos parcialmente a conhecida regressividade das fontes que alimentam o sistema público de saúde.

No Brasil, a contribuição ao custeio tem tido utilização no âmbito da *medicina supletiva*. Nos planos de saúde *fechados*, o valor da participação geralmente é progressivo, e varia de acordo com o salário do beneficiário. Nos planos *abertos*, como o seguro-saúde, a moderação da demanda é alcançada de duas formas distintas: obriga-se o segurado a pagar pelo serviço para depois ser reembolsado e limita-se o valor a ser ressarcido, em geral inferior aos preços de mercado. Essas duas situações inibem a livre escolha e incentivam o uso da rede credenciada, na qual o paciente é atendido sem ônus e com menor custo para a operadora do plano ou seguro.

---



venções privadas de baixo custo e bens privados de custos catastróficos. A exclusão dos bens de mérito (ou bens sociais) dessa classificação deve-se à inexistência de uma boa maneira para definir tais bens *a priori*, e ao fato de as sociedades fazerem diferentes escolhas em relação a esses bens. Na categorização de Musgrove, imunizações, controle de vetores e tratamento da tuberculose incluem-se entre os bens públicos ou de alta externalidade. Uma pequena cirurgia seria um bom exemplo de intervenção privada de baixo custo, enquanto tratamentos de politraumatizados ou transplantes de órgãos integrariam o terceiro domínio.

É importante fazer a distinção entre bens públicos e serviços públicos. Abastecimento d'água, distribuição de energia elétrica e transporte coletivo são serviços públicos mesmo quando providos por empresas privadas (concessionárias), mas não são bens públicos típicos, porque, embora atendam ao princípio da não-rivalidade, deixam de cumprir o da *não-rivalidade*. Por essa razão, em lugar de serem financiados exclusivamente por impostos, taxas ou contribuições sociais como tantos outros serviços públicos (coleta de lixo, destino de dejetos, vigilância sanitária, etc.), têm seu custeio atendido, predominantemente, por tarifas proporcionais ao consumo.

Um bem privado, por sua vez, pode ser provido pelo Estado e não onerar diretamente o cidadão, como acontece com a assistência médica. Da mesma forma, um bem público, na concepção de Musgrove antes referida, mesmo se prestado pelo setor privado, não oneraria o usuário, como é o caso do tratamento da tuberculose em um hospital privado integrante do SUS.

A conceituação ortodoxa de bens públicos e privados é por vezes utilizada para distinguir os bens que devem ser distribuídos gratuitamente dada a impossibilidade ou inconveniência de definir taxas individuais pelo seu uso daqueles que seriam passíveis de alguma taxação, por ocasião de seu uso ou da quantidade consumida.

Bens públicos clássicos em geral têm financiamento público, pela própria dificuldade ou inaplicabilidade da cobrança de taxas de uso. Bens de mérito, cujas externalidades positivas contra-indicariam a introdução de qualquer fator que pudesse restringir o acesso, são financiados da mesma forma. Bens privados sem externalidades e que sejam divisíveis (isto é, o beneficiário é de fácil identificação) não apresentariam as mesmas restrições quanto ao uso de taxas de uso como instrumento de recuperação de custos, presentes nos casos de bens públicos e de mérito.

O emprego desses conceitos, porém, tem limitações no campo da saúde devido à questão de seu poder discriminatório sobre o que deve ou não deve ter o uso taxado: (i) em primeiro lugar, pela possível presença da vontade e da capacidade de pagamento por parte dos beneficiários diretos, mesmo no caso de bens de mérito: a distinção entre bens públicos e privados é muito útil para indicar que os consumidores estariam dispostos a pagar por serviços pessoais de saúde. Diferente desse critério tradicional, existem amplas evidências de que as populações estariam também dispostas a pagar por serviços preventivos tais como imunizações, atenção pré-natal

e neonatal, e planejamento familiar” (tradução livre dos autores)<sup>6</sup> [Briscoe, Birdsall, Echeverri, Mcgreevey e Saxenian (1988, p. 5)]; (ii) em sentido diverso, pelo conceito amplo de externalidade, no limite, em grande maioria os serviços de saúde seriam considerados bens de mérito se, por exemplo, o sentimento de segurança coletiva gerado pela possibilidade de todas as pessoas terem acesso aos serviços de saúde considerado como externalidade positiva. Nesse caso seriam classificados como bens privados apenas poucos serviços como as hospitalizações em apartamento privativo, as cirurgias plásticas e os tratamentos odontológicos de finalidades cosméticas.

#### 4 A EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL

Em um sistema de saúde hegemônico pelo mercado como o dos EUA, o desenvolvimento do co-pagamento no interior do setor privado tem destaque especial: “o co-pagamento dos encargos com a saúde é talvez a modalidade de financiamento das prestações mais vulgarizada nos EUA. O usuário paga, além do prêmio do seguro, parte do custo das prestações, seja por meio de uma franquia inicial não coberta, seja por intermédio de uma percentagem no valor dos bens e serviços que consome” [Campos (1983, p. 158)].

Na Europa Ocidental, a França tem longa experiência no emprego do *ticket modérateur*, equivalente a 20% do custo da hospitalização ou do atendimento ambulatorial, exceto nas internações por doenças catastróficas ou de longa duração, atenção à maternidade e aos acidentes de trabalho. Essa modalidade também era praticada na Bélgica, onde o usuário desembolsava 25% dos custos dos serviços médicos [Roemer (1969)].

Taxas sobre a prescrição de medicamentos foram implementadas no Reino Unido na década de 70. Contudo, os custos administrativos foram extremamente alto sem razão do sistema de isenções criado [Campos (1983)]. Os demais serviços de saúde não eram taxados. O governo conservador, antes de sua derrota nas últimas eleições em 1997, comprometeu-se a continuar oferecendo “assistência médica gratuita até o próximo século, bem como aprimorar a eficiência do Health National Service (NHS), com aumento de recursos a cada ano”. A Associação Médica Britânica (BMA) apoiou o documento “como um compromisso do governo em termos de continuidade e desenvolvimento de um serviço de saúde verdadeiramente nacional e abrangente”. Os democratas liberais, corrente ideológica relativamente recente no país, concordaram com a posição conservadora, mas criticaram a omissão do texto

---

<sup>6</sup> “(the) distinction between largely public and private goods is helpful in understanding the likelihood that consumers will be willing to pay for particular services. Contrary to conventional wisdom, there is ample evidence that people will pay for such preventive services as immunizations, pre-natal care, ‘well-baby’ care and family planning services”.

---

Dessa maneira, nos anos 90, a perspectiva de adoção do co-pagamento cristalizou-se como uma política racionalizadora no marco do financiamento dos serviços e

---

<sup>7</sup> “Los mecanismos de recuperación de costos están siendo aplicados crecientemente en el sector público en la región, para obtener financiamiento directamente de los usuarios, y en algunos casos,



(a) não darão resultados, a menos que os serviços sejam acessíveis e de qualidade razoável, pois do contrário acentuarão o problema da subutilização;

(b) não ajudarão a melhorar a alocação de gastos governamentais em saúde, a menos que os recursos liberados se canalizem efetivamente para programas de saúde

Finalmente, o documento defende a proteção aos pobres contra a incidência de taxas moderadoras abusivas, e sugere:

(a) a adoção de taxas mais baixas nas zonas rurais e urbanas mais pobres, combinadas com taxas mais altas na atenção hospitalar;

(b) a exigência de comprovante de pobreza, como foi adotado na Etiópia;

(c) a discriminação de determinada população, para que não pague taxas;

(d) a necessidade de um bom sistema de referência, para que a população seja atendida inicialmente em instalações de custos mais baixos, sem custos adicionais. “(...) a cobrança diferenciada pode basear-se em quatro critérios que não são mutuamente independentes: (i) o tipo de unidade onde se presta o serviço; (ii) o tipo de localidade onde se situa a unidade; (iii) o tipo de serviço; e (iv) a condição socioeconômica do paciente (tradução livre dos autores) [Frenk (1989, p.172)].<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> (...) el cobro diferencial puede basarse en cuatro criterios que no son mutuamente independientes: i) el tipo de unidad donde se presta el servicio; ii) el tipo de localidad donde se ubica la unidad; iii) el tipo de servicio; y iv) la condición socioeconómica del paciente.”

---

## 5.1 Antecedentes

<sup>12</sup> abandonado depois do malogro de algumas experiências-piloto. O plano previa a seguinte tabela nacional de participação segundo as diferentes classes de

TABELA 1  
Participação Percentual do Co-Pagamento Segundo Classe de Renda

Classe	% da População	% de Participação
A	50	Até 10*
B	25	35
C	15	65
D	10	150

Fonte: IPEA/IPLAN, 1981.

Nota: \* Média de 3%.

A segunda tentativa, em 1974, estava embutida no Plano de Pronta Ação (PPA) do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Esse plano facultou aos beneficiários do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) a opção por instalações hospitalares especiais (apartamento privativo), nos hospitais privados contratados. O necessário sobrepreço nas diárias de *hotelaria* dos pacientes que optassem por esse tipo de acomodação veio acompanhado da exigência de complementação dos honorários profissionais em até 100% do preço pago pelo INPS, para atender ao pleito da corporação médica.

Na terceira tentativa, em 1977, o Congresso Nacional ~~na~~ mesma lei<sup>13</sup> que criou o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e, em seu interior, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) ~~autorizou~~ o

---

<sup>12</sup> Uma das extravagâncias da proposta do Ministério da Saúde era a ~~dos~~ dos hospitais públicos ao setor privado, o qual pagaria não mais do que o preço histórico dos estabelecimentos.

<sup>13</sup> Lei nº 6 429, de 1º de setembro de 1977.

Poder Executivo a instituir, no âmbito da previdência social, a “participação direta dos beneficiários (...) no custeio dos serviços médicos de que se utilizarem e dos medicamentos que lhes forem fornecidos em ambulatório”.

A mesma lei definiu as bases do esquema de participação, que deveria considerar, além do nível de renda do paciente, outros fatores “tais como a natureza da doença, o vulto das despesas e o porte do custeio”. Ficaram isentos de qualquer pagamento os acidentados de trabalho –beneficiários de seguro estatal específico –e as pessoas que recebessem “remuneração ou benefícios até 5 (cinco) valores de referência”.

A delegação legislativa não chegou a ser utilizada. Sua aplicação, entretanto, foi cogitada pela Secretaria de Planejamento (SEPLAN) durante a crise financeira da Previdência Social no início da década de 80 [IPEA/IPLAN (1981)].

Em 1980 (Portaria MPAS nº 2 079) e em 1982 (Portaria MPAS nº 2 837), o uso de instalações especiais voltou a ser regulamentado. Segundo Medici (1992), a primeira portaria determinava que “(...) as complementações pagas pelos usuários no uso das acomodações extraordinárias não poderiam ultrapassar o valor estipulado pela Associação Médica Brasileira (AMB) (...)”. A situação permaneceu inalterada até dezembro de 1986, quando o MPAS liberou a complementação de honorários e de serviços pelo uso de acomodações especiais. Com a desregulamentação, os honorários passaram a ser ajustados livremente entre médico e paciente. A prática foi definitivamente proibida a partir de 30 de outubro de 1991 (Portaria INAMPS nº 283/91).

Nota-se, portanto, que o INAMPS/MPAS supostamente implementou o co-pagamento na atividade hospitalar para atender a reivindicações de pacientes e médicos. Os primeiros só foram atendidos em parte: a obediência ao *tabelamento* de honorários, na forma implementada, era uma exigência de controle virtualmente impossível, porque o pagamento era efetuado diretamente ao médico, e os pacientes desconheciam a tabela da AMB.

Contudo, os interesses dos provedores, médicos e da própria rede hospitalar privada ficaram protegidos. No caso dos honorários profissionais, houve a insólita justificativa de que paciente de apartamento *dá mais trabalho*.<sup>14</sup> Assim, a rede hospitalar contratada, principalmente o segmento com melhor hotelaria, passou a oferecer à clientela previdenciária um novo produto de reconhecida lucratividade [Reis (1995)].

---

<sup>14</sup> A rigor, o tratamento de um paciente de enfermaria ou de apartamento não varia. Seria estarrecedor, para dizer o mínimo, se isso acontecesse. Em tese, a alegada diferença na atenção decorre do fato de o paciente de apartamento, geralmente de nível educacional mais alto, ser mais consciente dos seus direitos e, por isso mais exigente quanto aos padrões de atendimento. E continuaria a ser se estivesse na enfermaria. Ademais, pacientes em instalações privativas possivelmente demandam menos cuidados de enfermagem, porque, em geral, contam com acompanhante, o qual, salvo para procedimentos técnicos (iguais, diga-se de passagem, aos que seriam executados na enfermaria), substitui, com frequência e inúmeras vantagens, o serviço profissional.

---

A Constituição de 5 de outubro de 1988 também não faz referência expressa à gratuidade, a despeito de estabelecer que saúde é “direito de todos e dever do Estado” (CF, art. 196). A gratuidade, nesse caso, estaria implícita, e dispensa o que seria uma

15

Segundo essa interpretação, saúde seria um direito a “ser satisfeito sem nenhum entrave, empecilho ou exigência, nem depende da ocorrência de condicionantes para seu exercício” [Nascimento (1995)], e seria “um contra-senso falar em acesso universal e igualitário e exigir-se contribuição social específica ou remuneração de determinado serviço pelo cidadão” [Carvalho e Santos (1995)]. Tal entendimento, aparentemente tão claro e pacífico, dispensaria comentários adicionais, não fosse o contraditório inerente à ciência do direito.

A primeira questão se refere à saúde como direito social. Também o são, entre outros, o lazer e a previdência social (CF, art. 6); nem por isso são gratuitos.

A segunda questão se refere à intencionalidade do legislador. Se a Assembléia Nacional Constituinte (ANC) pretendesse consagrar o princípio da gratuidade, por que não aprovou dispositivo explícito? Pelo menos um dos substitutivos examinados pela ANC garantia, de forma inequívoca, a gratuidade dos serviços de saúde. Os constituintes, no entanto, preferiram rejeitá-lo.

Nada indica que essa decisão tenha sido tomada em nome da boa técnica legislativa para evitar redundância. Quando a mesma assembléia quis assegurar aos idosos a “gratuidade dos transportes coletivos urbanos”, optou por dispositivo constitucional (CF, art. 230, § 2º). Não foi diferente a conduta da ANC no caso da educação pública, também, como a saúde, “direito de todos e dever do Estado” (CF, art. 205). O artigo 206 (inciso IV) estabelece o princípio da “gratuidade do ensino em estabelecimentos oficiais”. E, ainda, o artigo 208 garante o ensino fundamental obrigatório e gratuito (CF, art. 206, § I), além da progressiva extensão da gratuidade ao (CF, art. 206, § II).

Um terceiro aspecto a ser considerado é a determinação constitucional, segundo a qual a seguridade social e, portanto, o sistema de saúde (um de seus três componen-

---

<sup>15</sup> “Todo ser humano, pelo simples fato de ter nascido com vida, no momento do nascimento adquire o direito subjetivo à sua saúde, direito que lhe acompanha até a morte. E, como direito exigível do Estado, no que concerne à sua proteção, trata-se de direito subjetivo público, e estrutura-se uma relação jurídica específica entre cada ser humano e o Estado, em que aquele é o credor, e este, o devedor. Na verdade, é direito que, em compreensão mais ampla, retrocede ao tempo para alcançar desde a concepção [...]. No artigo 6º da Constituição, a saúde é direito social e, no artigo ora comentado, a saúde é um direito de todos. Direito que se qualifica de inderrogável, irrenunciável e indisponível [...]. Além de direito de todos, é dever do Estado assegurá-lo eficientemente e, quando necessário, prestar os serviços atinentes. Nesse liame direito-dever, pode-se concluir, o direito à saúde é prestado gratuitamente, o beneficiário nada paga, visto que o financiamento das despesas com a execução desse direito é coberto por toda a coletividade” [Nascimento, *apud* Carvalho e Santos (1995, p. 260)].

---

### **5.3 O Que Diz a Regulamentação do SUS**

. Nessa hipótese, a ressalva de que trata a lei só alcançaria serviços acessórios não considerados de assistência à saúde, ou seja, a hotelaria diferenciada. Tal prática, todavia, estaria vedada aos hospitais públicos (estatais), pois a norma infraconstitucional restringe a exceção à rede privada contratada.

Os mesmos autores apontam, como melhor forma de resolver a questão, a regulamentação do artigo 43, para permitir que “um pequeno número de leitos em hospital privado contratado ou conveniado possa oferecer conforto de qualidade superior mediante pagamento adicional pelo usuário do serviço” [Carvalho e Santos (1992, p. 264)]. Obviamente, a iniciativa reacenderá pressões corporativas para cobrança de honorários adicionais, como aconteceu no passado.

## 6.1 Renda e Gastos com Saúde

*gratuitos.*

Dados anteriores à criação do SUS dão algumas pistas em relação à vontade e à capacidade de pagar da população. Entre as pessoas com renda familiar até 1 salário-mínimo, 76,6% tiveram atendimento gratuito nos serviços de saúde (públicos e privados); a taxa cai para 51,1% entre as que ganham mais de 1 salário-mínimo, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1986. Em um leitura

---

<sup>16</sup> Em Brasília, o preço de uma consulta em consultórios médicos de maior prestígio está em torno de R\$ 100. Na tabela dos planos de saúde, o valor do mesmo serviço é inferior a R\$30,00, o que a Associação Médica Brasileira rotula como .

inversa, isso significa que 23,4% das pessoas de baixa renda pagavam pelo serviço utilizado. Contudo, no Rio Grande do Sul, por exemplo, o percentual de atendimentos de saúde pagos entre as pessoas de renda familiar inferior a 1 SM foi bem superior (36%), o que indica que a *vontade e a capacidade* de pagar podem variar de lugar para lugar [PNAD (1986)].

Pesquisa sobre condições de vida realizada, bem mais recentemente, pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) na região metropolitana de São Paulo [Costa (1996)], mostra que o percentual de pessoas que utilizou serviços de saúde gratuitos foi de 19,8% entre os que possuem convênio, e 80,2% entre os demais. Esses valores podem estar influenciados pelo fato de 45,1% da população metropolitana de São Paulo possuírem convênio médico. Entre a população de baixa renda — os 25% mais pobres — o percentual de portadores de plano de saúde (na maioria das vezes pago pelo empregador) cai para 23,8. Essa modalidade assistencial tem crescido exponencialmente nos últimos anos em todo o país, mas é improvável que o percentual de cobertura alcançado na região metropolitana de São Paulo se reproduza na maioria das unidades da Federação.

A capacidade e, mais que *vontade*, a necessidade de pagar diante dos padrões insatisfatórios do SUS têm compelido as famílias a despendem com saúde percentuais crescentes de seus rendimentos. Segundo o Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) de São Paulo, o percentual do orçamento familiar destinado a assistência médica e medicamentos na cidade de São Paulo passou de 3,6% (1969/1970) para 4,95% (1982/1983). Em 1994/1995, seis anos depois da criação do SUS, esse percentual chegou a 8,18% [DIEESE-POF (1994/1995)]. Nesse último período, todos os itens de despesa (alimentação, habitação, transporte, vestuário, equipamentos domésticos e despesas pessoais) —salvo saúde, educação e leitura e recreação— diminuíram sua participação relativa no orçamento familiar.

## 6.2. Perfil da Clientela do SUS

Além da falta de dados recentes sobre gastos familiares para o resto do país,<sup>17</sup> também não há informação sistematizada, regular e abrangente sobre o perfil sócioeconômico da clientela do SUS. Vale dizer, o sistema público de saúde desconhece os pacientes que o procuram, no que se refere, por exemplo, à renda, escolaridade ou ocupação. Por essa razão, os dados apresentados nesta parte do estudo são oriundos de levantamentos episódicos feitos com finalidades específicas e referentes a períodos limitados de tempo, em apenas duas instituições públicas de saúde.

Como mostra a tabela 1 do anexo deste texto, dos pacientes internados no Hospital de Base de Brasília (HBDF) entre março e abril de 1995, pouco mais de 53% (in-

---

<sup>17</sup> Quando este texto foi finalizado, ainda não estava disponível para o público a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) para o ano de 1996.

---

cluindo 9,2% sem rendimento) tinham renda inferior a 5 SM; e 17,2% tinham renda acima dessa faixa (os dados *não-informados* e *não-coletados* somam pouco mais de 20%).

Todavia, quando se examina a demanda segundo a especialidade médica em que esses pacientes foram atendidos, contata-se que, nos serviços mais complexos, quase sempre mais caros e/ou não cobertos pelos *planos* de saúde menos generosos, ou ainda naqueles serviços nos quais o setor público conta com maior *expertise* acumulada do que a rede privada, o percentual de pacientes com renda acima de 5 SM situa-se bastante acima da média de 17,2% observada no conjunto das internações. Nas especialidades de menor densidade tecnológica ocorre justamente o oposto (tabela 1 do anexo)

Assim, os percentuais de pacientes situados na faixa de renda mais alta (mais de 5 SM) é de 29,8% (nefrologia), 26,9% (neurocirurgia), 24% (transplantes), 24% (cirurgia geral), 23,3% (ginecologia oncológica) e 20,8% (cardiologia pediátrica). Em serviços de menor custo, a procura por parte de pessoas de renda mais alta é bem menor. Na clínica médica e de otorrinolaringologia, a participação relativa dessas pessoas no total de pacientes internados é de, respectivamente, 6,6% e 5,3%. As internações psiquiátricas, nas quais apenas 4% das pessoas têm renda entre 5 SM e 8 SM, nenhum paciente tinha rendimentos acima de 8 SM (tabela 1 do anexo).

Em Porto Alegre, quando se assume que um só hospital estatal de grande porte seja representativo do SUS e se usa a escolaridade como *proxy* da renda, infere-se que a grande maioria da clientela do SUS é de baixa renda, circunstância que a tornaria, em princípio, inelegível para uma participação significativa adicional, além daquela que já faz via impostos e contribuições sociais.

Levantamento feito na referida unidade (Hospital Nossa Senhora da Conceição) — pertencente ao Ministério da Saúde e uma das maiores da rede SUS no Rio Grande do Sul — mostra que 90% da demanda de internações são formados por pessoas não-alfabetizadas (14,1%) e com até o primeiro grau (76,6%) (ver tabela 3). O percentual de pacientes com escolaridade de nível superior é de 1,5%, o mesmo encontrado no Hospital de Base de Brasília, o maior da rede SUS no Distrito Federal (tabela 1 do anexo).

---

**TABELA 3**  
**Pacientes Internados nos Meses de Abril, Maio e Junho de 1996**  
**no Hospital N. S. da Conceição (HSNC), em Porto Alegre,**  
**Segundo Origem e Escolaridade**

Grau de Instrução	Procedência				Total	
	Porto Alegre	Grande Porto Alegre	Interior	Outros	Número	(%)
Não alfabetizado	342	304	118	1	<b>765</b>	<b>14,11</b>
Primeiro grau	1 913	1 712	514	13	<b>4 152</b>	<b>76,59</b>
Segundo grau	264	129	26		<b>419</b>	<b>7,73</b>
Superior	62	15	8		<b>85</b>	<b>1,57</b>
<b>Total</b>	<b>2 581</b>	<b>2 160</b>	<b>666</b>	<b>14</b>	<b>5 421</b>	<b>100,00</b>

Fonte: HNSC.

A condição socioeconômica (medida pela escolaridade) das pessoas atendidas em HNSC é bem diferente da média observada nas internações em geral, possivelmente pelas mesmas razões apontadas para explicar a estrutura da demanda hospitalar por clínica no Hospital de Base de Brasília.

No Serviço de Infectologia do HNSC —mesmo que seja relativamente elevado (37%) o percentual de pacientes com HIV/AIDS fora da população economicamente ativa (PEA) (16,6%) e *sem registro* (20,85%) —, a condição socioeconômica dos pacientes é bem mais alta do que a encontrada na demanda por hospitalização em geral. Enquanto nas internações do HNSC (tabela 3) mais de 90% dos pacientes têm escolaridade até o primeiro grau, no serviço especializado em questão esse percentual aproxima-se de 50% (tabela 4). Entre os portadores de HIV, os iletrados —14,1%, no caso das internações em geral —são apenas 1,7%. Os pacientes de nível superior, não mais que 1,5% entre as pessoas hospitalizadas nas diversas clínicas do HNSC (exceto pediatria), chegam a mais de 6% no Serviço de Infectologia, se também forem considerados aqueles que ainda não completaram o curso (3,83%).

**TABELA 4**  
**Pacientes<sup>1</sup> com HIV/AIDS (segundo escolaridade) Atendidos pelo**  
**Serviço de Infectologia do Hospital N. S. da Conceição de**  
**Porto Alegre, no Período de Setembro de 1985 a Março de 1996**

Escolaridade	Número	(%)	% Acumulada
Iletrado	<b>4</b>	1,70	1,7
Primeiro grau	<b>113</b>	48,09	49,79
Incompleto	96	40,85	42,55
Completo	17	7,23	49,79
Segundo grau	<b>35</b>	14,89	64,68
Incompleto	7	2,98	52,76
Completo	28	11,91	64,68
Superior	<b>15</b>	6,38	71,06
Incompleto	9	3,83	68,51
Completo	6	2,55	71,06
Ignorado	<b>68</b>	28,94	100,00
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Hospital N. S. da Conceição (Serviço de Infectologia).

Nota: <sup>1</sup>Amostra aleatória de um total de 1 146 pacientes atendidos.

No tratamento de doentes renais crônicos (hemodiálise), contudo, no qual se esperava estrutura de demanda similar por também se tratar de serviço de custo elevado, de longa duração e habitualmente fora do menu dos planos de saúde, a procura está concentrada entre pessoas cuja profissão/ocupação sugere baixo rendimento. A diferença pode estar vinculada à diversidade na distribuição das duas doenças segundo idade e classes sociais (tabela 5).

TABELA 5  
Pacientes em Tratamento de Hemodiálise no Hospital N. S. da Conceição de Porto Alegre, segundo a Profissão Informada, em Junho de 1996

		% Acumulada
Aposentado	50	50
Do lar	19	69
Construção civil <sup>1</sup>	8	77
Outros trabalhadores manuais <sup>2</sup>	12	89
Estudante	3	92
Outros <sup>3</sup>	8	100
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Serviço de Hemodiálise do HNSC; elaboração dos autores.

Notas: <sup>1</sup> Pedreiro (5) e pintor (3);

<sup>2</sup> Agricultor (3); metalúrgico (1); mecânico (1); padeiro (2); cozinheira (1); preparadeira (1); confeitaria (1); costureira (1); auxiliar de limpeza (1); <sup>3</sup> Auxiliar de serviços gerais (4); comerciante (1); secretária (1); segurança (1); e taxista (1).

Obs.: A categoria *aposentado* inclui pensionistas (2) e trabalhadores em gozo de benefício (auxílio-doença) do INSS (3).

## 7 O CO-PAGAMENTO E A COBRANÇA POR FORA NO SUS

Dois tipos de comportamento profissional têm (em todo o sistema de saúde e SUS) afetado negativamente a relação médico/dentista - paciente, dado o ingrediente mercantilista presente nessas condutas.

O primeiro comportamento, por sua natureza mais freqüente na prática privada convencional, refere-se ao *desconto* no valor dos honorários médico-odontológicos, caso o paciente dispense o recibo. O menos grave nessa esperteza é, em última análise, transferir o pagamento do imposto para o paciente. O mais sério é torná-lo conivente em crime fiscal.

A segunda conduta, mais relacionada com o escopo deste estudo, é a cobrança indevida, conhecida como pagamento por fora, prática que prospera sem aparente reação objetiva das autoridades do setor e dos órgãos profissionais responsáveis pela vigilância do comportamento ético de seus filiados,<sup>18</sup> e sem provocar a mobilização indignada das representações dos usuários nos conselhos de saúde. Tudo isso ocorre

<sup>18</sup> Uma exceção a esse comportamento, como divulgou a mídia, foi a rápida decisão da direção da Beneficência Portuguesa de São Paulo, entidade dirigida pelo empresário Antônio Ermírio de Moraes, que desligou de seus quadros profissionais flagrados pela TV quando cobravam de pacientes do SUS.

apesar de a Lei nº 8 080/90 assegurar a gratuidade no acesso aos serviços públicos e privados que integram o SUS.

No entanto, a cobrança por fora, eufemisticamente chamada de *complementação de honorários*, não é uma atitude exclusiva dos profissionais, mas alcança também os hospitais privados. O presidente da Federação Brasileira de Hospitais, Carlos Eduardo Ferreira, admitiu em entrevista que, diante dos baixos valores pagos pelo SUS, os hospitais selecionam pacientes, evitam atender casos que requeiram tratamentos mais dispendiosos e negociam com as famílias complementações de pagamento. “A complementação já existe, não escondemos. Queremos que ela seja legitimada” [Jornal do Brasil (1992)].

**7.1 Os Casos de Panambi e Santa Rosa** Pesquisa de campo para apoiar este estudo (realizada no Rio Grande do Sul) demonstra como duas cidades próximas – Panambi e Santa Rosa – lidam de maneira diametralmente oposta com a questão da gratuidade.<sup>19</sup> Em Panambi, o co-pagamento foi aprovado pelo conselho municipal de saúde; Santa Rosa estabeleceu um mecanismo interessante para coibir o pagamento por fora.

O município de Panambi possui um único hospital (filantrópico), cujo secretário-executivo é o presidente do conselho municipal de saúde. Segundo essa autoridade, para evitar o consumo desmesurado das consultas médicas nos plantões noturnos, domingos e feriados, é sugerida ao paciente uma contribuição no valor de R\$ 15,00 (quinze) reais, exceto nos casos de urgência, emergência e carência explícita.

O objetivo declarado dessa *doação* é moderar a demanda, com vistas a melhorar a qualidade do atendimento médico, objetivo considerado atingido pelo gestor do hospital com a adoção da medida: a demanda, que variava entre oitenta e cem consultas, caiu para uma média de vinte. Igualmente, segundo a mesma fonte, aumentou a satisfação do usuário, pois os médicos, menos sobrecarregados, passaram a prestar melhor atendimento.

A receita arrecadada é repassada ao fundo municipal de saúde. Ao longo de 1996, os recursos arrecadados não excederam 1,8% do total das receitas do fundo municipal de saúde acumuladas até o mês de outubro – que é coerente com o objetivo colimado (moderar a demanda).

---

<sup>19</sup> Do ponto de vista da descentralização do sistema, é importante salientar que ambos os municípios, dadas suas condições de gestão (semiplena), implementaram tabelas diferenciadas de pagamento aos prestadores locais do SUS. A diferença a mais é paga com recursos municipais. Em Panambi, a tabela abrange os serviços ambulatoriais e de internação prestados pelo hospital filantrópico local. Em Santa Rosa, é dirigida à rede básica de atenção municipal. As entrevistas realizadas nas duas cidades indicam que, mantida a regularidade do aporte financeiro municipal aos respectivos fundos municipais de saúde, as novas tabelas locais possibilitarão pelo menos reduzir a frequência do pagamento por fora.

---

Em Santa Rosa, diferentemente, a questão era coibir o pagamento por fora diante da generalização dessa prática nos dois hospitais locais (um filantrópico e outro com finalidade lucrativa), vinculados ao SUS. Para atender aos reclamos dos usuários, o conselho local de saúde pressionou a prefeitura no sentido de resolver o problema. Disso resultou o Decreto Municipal nº 079, de 24 de dezembro de 1995, que estabeleceu o reembolso das despesas com consultas e outros procedimentos médicos cobrados irregularmente por prestadores de serviços credenciados ao SUS. Nos termos do ato do Poder Executivo local:

“(a) se o paciente tiver sua internação hospitalar condicionada a assinatura de termo de opção por tratamento particular, fará jus ao reembolso dos valores pagos a esse título, desde que registre queixa na delegacia de polícia, e alegue ter assinado sob

(b) o pedido de reembolso deverá ser encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde, mediante requerimento do beneficiário ou de seu representante legal, instruído dos seguintes documentos: declaração que comprove que foi atendido, constantes o nome do profissional e do local; e recibo do valor pago pela consulta, procedimento ou exame complementar. É necessário juntar cópia da AIH; caso o hospital a negue, esta poderá ser obtida na secretaria de saúde local;

(c) o reembolso corresponderá ao valor especificado no recibo. A Secretaria Municipal de Saúde descontará posteriormente a quantia reembolsada das faturas devidas à entidade prestadora de serviço que fez a cobrança.<sup>20</sup> Evidentemente, tal entidade estará também sujeita ao descredenciamento”.

Segundo as autoridades municipais de Santa Rosa, após a promulgação do decreto, houve forte reação por parte de hospitais e médicos. Os primeiros pressionaram seus médicos para a interrupção da prática do co-pagamento, além de tentar barrar judicialmente o decreto municipal, pois as perdas em seu faturamento alcançavam,

Os médicos, de início, descredenciaram-se tanto da representação no conselho municipal de saúde quanto do próprio SUS.<sup>21</sup> Contudo, no decorrer do tempo, perceberam que poderiam maquilar a sistemática de cobrança. Em parceria com o hospital, passaram a adotar o chamado *pacote fechado* de procedimentos médico-hospitalares. Assim, a um paciente com problemas cardiológicos que se dirigia ao hospital privado contratado pelo SUS, era oferecido um pacote de serviços que previa

---

<sup>20</sup> O município de Santa Rosa, como qualquer outro em gestão *semiplena* (ou *plena*, segundo a NOB/1/96), tem autonomia e, como recebe repasse global do SUS, pode debitar na conta do hospital o valor de um eventual reembolso.

<sup>21</sup> Merece registro o caso pitoresco, tudo indica que isolado, em que um médico recorreu ao juizado de pequenas causas para cobrar de um usuário o não-pagamento de uma . Com a mobilização do conselho municipal de saúde, o queixoso nem sequer compareceu à audiência de

---

a realização de exame complementar (no caso, o eletrocardiograma). Esse exame passou a ser realizado no consultório particular do médico, facilitado pelo conhecido mas sempre persuasivo argumento de que o eletrocardiógrafo disponível fora do hospital propiciaria um diagnóstico mais apurado.

Apesar dessa reação, segundo o gestor local, o estratagema adotado pela secretaria de saúde local cumpriu papel fundamental no esclarecimento à população quanto ao seu direito de utilizar gratuitamente os serviços de saúde, além de reduzir significativamente a prática da cobrança por fora.

**7.2 Uma Opinião Médica** O ponto de vista de um segmento da corporação médica sobre o co-pagamento foi obtido em entrevista, em julho de 1996, com o presidente da Sociedade Brasileira de Anestesiologia [Oliva Filho (1996)]. A escolha dessa liderança foi intencional, dado que os anestesistas:

(a) constituem muito provavelmente os quadros mais organizados na categoria médica;

(b) poucos são assalariados; na maioria das vezes, estão agrupados em cooperativas ou pequenas empresas;

(c) têm possivelmente o mais alto poder de barganha entre todas as especialidades médicas, seja pelas duas razões anteriores, seja porque sem seu apoio a atuação do cirurgião fica limitada a alguns procedimentos de pequeno porte,<sup>22</sup> e

(d) ao optarem pelo descredenciamento, como vem ocorrendo, fazem com que o SUS suprima de seu menu parte significativa dos procedimentos médicos, o que transforma em ficção os princípios previstos na Constituição (assistência integral) e na Lei Orgânica da Saúde (atendimento gratuito).

Entre esses especialistas predomina, na palavra de seu presidente, o entendimento de que a atenção proporcionada pelo SUS não deve ser gratuita para todos. Tampouco devem ser gratuitos todos os serviços oferecidos. A política do Instituto de Previdência do Paraná, ao cobrar dos funcionários públicos uma quantia residual como participação do custeio das consultas, coibiu abusos do prestador e do usuário. Ainda segundo o presidente da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, em relação aos usuários, a prática do co-pagamento possibilitou real contenção da demanda dos serviços de saúde, além de maior controle social.

Nas regiões onde ocorrem descredenciamentos, as emergências, por motivos éticos, são atendidas integralmente, independentemente da capacidade de remuneração SUS. Na grande maioria das vezes, o atendimento de emergência torna-se *gracioso*. Para os demais pacientes, a remuneração do profissional é fixada

---

<sup>22</sup> Excluídas as internações psiquiátricas, a maior parte das hospitalizações custeadas pelo SUS é de casos cirúrgicos.

---



para reduzir custos pelo lado da demanda tem apresentado poucos efeitos. Singapura e Coréia, dois países que apostaram bastante em ajustes pelo lado da demanda, concluíram que a participação dos usuários no custeio é ineficiente na redução dos custos da atenção médica” (tradução livre dos autores) [Hsiao (1995, p. 170)].<sup>24</sup>

Na mesma linha, Evans (1974) defendeu a hipótese de que a aplicação de taxas moderadoras com o objetivo de reduzir a utilização e controlar o crescimento dos gastos totais em um sistema nacional de saúde pode traduzir-se em efeito contrário, se os médicos, ao constatarem redução do seu atendimento total, desenvolverem práticas de indução da procura para equilibrar suas remunerações [Evans (1974), *apud* Campos (1983, p. 159)].

Para reforçar a percepção antes mencionada, outros autores defendem: “(...) a idéia de que a taxação melhora o controle sobre a demanda revelou-se falsa. As evidências obtidas por meio das experiências realizadas nos Estados Unidos comprovam que a demanda pode ser diminuída sem que isso implique melhores níveis de controle ou eficiência. Isso porque a redução atinge da mesma forma a demanda supérflua e aquela decorrente de necessidades objetivas” [ABRES (1993, p. 19)].

Lucas (1990) discorda dessas posições ao apresentar um estudo experimental realizado, entre 1974 e 1982, pela Rand Corporation para o Department of Health and Human Services dos EUA, o qual revela que:

(a) as famílias que recebiam serviços gratuitos consumiam quase duas vezes mais cuidados de saúde do que as famílias cobertas pelo plano de seguro menos generoso. Esse plano cobria até 95% dos gastos, em um teto máximo de 1 mil dólares/ano;

(b) o volume de internações hospitalares entre os segurados do plano gratuito foi 30% a 50% superior ao volume de internações com participação no custeio; e

(c) o plano com consultas ambulatoriais mais caras para o segurado e com internação gratuita proporcionou menos 22% de internações do que o plano em que todos os cuidados eram gratuitos.

Nessa situação, Lucas conclui que a “despesa total *per capita* aumenta (...) na razão direta da queda do nível de participação (...) em valor 60% mais elevado” [Lucas (1990, p. 20)]. A dúvida desse autor quanto à possibilidade de maior na população sujeita ao co-pagamento encontrou resposta em estudo de Newhouse (1984). Com a utilização de onze indicadores de saúde, esse autor verificou que, ape-

---

<sup>24</sup> “Attempts to moderate the moral hazard and the cost-inflation rate have used [...] co-payment. Most studies, in low-income and affluent nations alike, have found that the price elasticity of demand for clinical services is greater than zero but less than one (i.e., price inelastic) [...]. Thus, cost-sharing by patients would reduce demand. However, reduction in patients demand evokes a supply response whereby providers induce greater demand for their services to offset loss in revenues [...]. As a result, the use of demand-side strategy to constrain cost inflation has had very little effect. Singapore and Korea, two nations that relied heavily on a demand-side approach, have found cost-sharing by patients ineffective in constraining health-care costs [...]”.

---

sar da enorme mudança no uso de cuidados provocada pelo plano médico, a saúde das pessoas, em média, teve pouca alteração: “(...) (as) taxas moderadoras (...) provavelmente favorecem a eficiência do mercado da saúde, mas sem pôr em risco a saúde da população globalmente considerada” [Lucas (1990, p. 20)].

No Nepal, igualmente, a cobrança dos medicamentos distribuídos aos usuários revelou que quando “(...) introduziu-se a cobrança de taxas, reduziu-se apreciavelmente o número de pacientes que iam aos postos de saúde. Assim, foi decidido que a introdução de um pagamento, inclusive simbólico, pela utilização dos serviços de saúde teria um efeito imediato para reduzir tal utilização” (tradução livre dos autores) [Chaulagai (1995, p. 106)].<sup>25</sup>

A experiência brasileira com co-pagamento é escassa nos serviços de acesso universal, e aparentemente pouco estudada nos planos de saúde. Uma das exceções, no primeiro caso, remonta ao final dos anos 60, quando a Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), órgão executivo da Secretaria de Saúde, passou a cobrar, de acordo com a renda do usuário, os atendimentos médicos prestados às pessoas não cobertas pela previdência social ou por algum tipo de seguro ou convênio.

A medida não pretendia moderar a demanda, mas impedir a evasão de receita, cuja fonte mais importante era o atendimento prestado pelo FHDF aos beneficiários da previdência social, mediante convênio similar ao que o SUS mantinha com o setor privado contratado. Contudo, o impacto na demanda foi tão acentuado que provocou a ociosidade de boa parte dos equipamentos médico-sanitários locais. Em um centro de saúde onde esse efeito foi melhor estudado, os custos unitários dos serviços subiram expressivamente, pois os custos fixos –estimados em cerca de 70% do custo operacional total –independem do número de pessoas atendidas [IPEA/IPLAN (1981)].

Outro efeito contrário ao desejado (ou esperado) do co-pagamento foi relatado por Roemer *et alii* (1975), ao mencionarem “que a taxa moderadora de 1 dólar por cada consulta no programa Medicaid da Califórnia fez diminuir o número de consultas, mas aumentou a hospitalização, o que traduziu-se em acréscimo de encargos *et alii* (1975), *apud* Campos (1983, p.159)].

A moderação da demanda, como objetivo deliberado ou como efeito colateral do co-pagamento, como aconteceu no Distrito Federal no passado, sofre críticas importantes. Como é sabido, parcela não desprezível do consumo de serviços de saúde tem origem na prescrição médica e não na iniciativa do usuário [Pereira (1995, p. 290)].

---

<sup>25</sup> “(...) se introdujo el cobro de derechos se redujo apreciablemente acudían ambos puestos. Así pues, puede decirse que la introducción de un pago, incluso simbólico, por la utilización de los servicios de salud tuvo el efecto inmediato de reducir esa utilización”.

---

cos pautada pela agenda do obstetra é uma das causas da *epidemia* de cesarianas. Não tão raramente, médicos, quando sabem que o paciente não será onerado, pedem mais exames complementares do que seria rigorosamente necessário, se não existisse a figura do chamado *terceiro pagador*.

De qualquer forma, não é fácil caracterizar o consumo frívolo ou excessivo: dor de cabeça, mal-estar, tosse, para citar somente três sinais bastante freqüentes na vida das pessoas, podem ser, como de fato o são na maioria das vezes, problemas banais, autocuráveis ou sanados por terapêutica caseira. Contudo, podem também ser manifestações iniciais de quadros mais graves, como a ameaça de um acidente vascular cerebral, hipertensão ou um câncer de laringe. A rigor, só o médico pode fazer a distinção.

Em países como o Brasil, onde geralmente os serviços públicos de saúde são de baixa qualidade, seria ineficaz a cobrança de taxas com a finalidade de reduzir o consumo. “Isso porque, em primeira instância, não existe problema de ‘sobreconsumo’ de serviços por parte das classes de baixa renda e sim de escassez de oferta. Em segunda instância, porque os segmentos de média e alta renda, que poderiam ser alvos de tais taxas, pouco utilizam os serviços públicos, e quando o fazem, sua utilização se concentra nos serviços de alta tecnologia oferecidos pelo Estado. Tais segmentos utilizam, no cotidiano, os mecanismos de seguro-saúde ou o desembolso direto como forma de acesso à assistência médica [Medici (1990, p. 95)].

Ao contrário de ser moderada, a demanda, em certos casos, deve ser estimulada para possibilitar o diagnóstico precoce. Grande número de doenças graves têm prognóstico tão mais favorável quanto mais cedo forem diagnosticadas e iniciado o seu tratamento. Taxas moderadoras aplicadas indiscriminadamente podem criar obstáculos à intervenção médica em tempo oportuno, e isso permite que a doença evolua para estágios mais avançados, nos quais a terapêutica costuma ser menos eficaz e quase sempre de custo bem mais elevado.

Hipocondria e outras manifestações neuróticas são problemas de saúde. O fato de terem menor prioridade do que outras não as descaracteriza como tal. O paciente que, por ansiedade ou desconfiança com o primeiro diagnóstico, busca a opinião de mais de um profissional, provavelmente continuará a fazê-lo mesmo que tenha de pagar parte do custo [Roemer (1969)].

A observação do cotidiano dos serviços de saúde revela que o uso desnecessário de serviços ambulatoriais é provocado, não raramente, pela baixa resolutividade da rede básica, o que compele as pessoas a penosas peregrinações entre diferentes locais e profissionais na busca de solução para seu problema de saúde. Na região metropolitana de São Paulo, 47,5% das pessoas que procuraram o SUS ou outro atendimento gratuito tiveram seu problema de saúde totalmente resolvido (*alta resolutividade*). O

atendimento foi de *média resolutividade* (solução parcial do problema) para 36,0%, e de *baixa resolutividade* para os demais (17,5%). As taxas de resolução foram um pouco mais satisfatórias para as pessoas que tiveram atendimento pago ou pré-pago, nesta ordem [Costa (1996)].

Em relação ao valor cobrado ao paciente, outros fatores podem, perversamente, ser tão ou mais efetivos do que o co-pagamento na moderação do uso dos serviços, ainda que sem ter esse objetivo explícito. “O meio mais claro, em princípio, para diminuir a demanda dos serviços sanitários é a elevação de seu preço para o usuário. Essa elevação pode tomar a forma de contribuição monetária, fixa ou percentual, que o paciente tem de desembolsar ao receber o serviço, ou também pode consistir no aumento de um preço não-monetário, como, por exemplo, o tempo de espera” (tradução livre dos autores) [Rodríguez (1986, p. 232)].<sup>26</sup> Filas, má localização das unidades de saúde, restrições do horário de atendimento, idas e vindas entremeadas por esperas injustificáveis para marcar uma simples consulta, além do atendimento impessoal e sumário (quando não negligente), penalizam todos, particularmente aquelas pessoas com menor capacidade de pressão para obter melhor atendimento.

É possível, contudo, que esquemas de *cost-sharing* possam sinalizar para maior consumo de alguns serviços ou para diminuir a utilização de outros. Serviços com maior externalidade e impacto positivo nos indicadores de saúde coletiva deveriam, como incentivo à demanda, dispensar o co-pagamento.

O co-pagamento, se criteriosamente utilizado, poderia contribuir para aumentar a cobertura de algumas ações e serviços. No caso da assistência farmacêutica, por exemplo, boa parte da insatisfação com o programa oficial de distribuição de medicamentos pode ser debitada ao custo proibitivo de um programa de distribuição universal e gratuita de medicamentos para mais de 150 milhões de pessoas. Em 1996, a MS) com aquisição de medicamentos de uso ambulatorial e vacinas (inclusive produção) correspondeu a não mais que 2,6% da despesa total [Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Planejamento e Orçamento (1996)]. Na França, esse percentual é da ordem de 17%, em uma despesa que chega a US\$ 2 400 por habitante/ano [Cinelli (1995)].

Mantida a atual concepção do programa, a distribuição de medicamentos continuará episódica, sujeita a freqüentes faltas de produtos essenciais, e limitada a alguns

---

<sup>26</sup> “[...] el medio más claro, en principio, para disminuir la demanda de servicios sanitarios es la elevación del precio de los mismos para el usuario. Esta elevación puede tomar la forma de contribución monetaria, fija o percentual, que el paciente tiene que desembolsar al recibir el servicio, o también puede consistir en el aumento de un precio no monetario como, por ejemplo, el tiempo

---

tratamentos específicos de alta externalidade positiva, como tuberculose e lepra, e/ou de alto custo.<sup>27</sup>

A assistência odontológica, por sua vez, dificilmente poderá ser ampliada sem que os custos sejam compartilhados com os beneficiários. Nos países capitalistas, mesmo aqueles em que o Estado proporciona cobertura integral à saúde, o tratamento dentário, dado seu alto custo relativo, é quase sempre limitado à cuidados básicos para grupos especiais (crianças em idade escolar), nos quais a intervenção, que combina prevenção e tratamento, é mais custo-efetiva. Em alguns países, somente o atendimento de urgência e os casos cirúrgicos mais complexos são universalizados.

Concentrar recursos públicos na prevenção massiva e na atenção básica às crianças das escolas públicas, e adotar, paralelamente, esquemas locais preferentemente comunitários de co-pagamento para a população adulta, pode ser uma estratégia equitativa para a ampliação da cobertura e a melhoria dos níveis de de bucal, o que aboliria a característica mutilatória da atenção odontológica oficial no Brasil.

É possível até mesmo pensar em programas custeados exclusivamente pelos próprios beneficiários, como o desenvolvido pelo Serviço Social do Comércio (SESC). Nesse caso, o uso do subsídio cruzado é uma opção a ser examinada, para incorporar à demanda efetiva as pessoas que não puderem pagar integralmente o custo real do tratamento.

**8.3 Na Geração de Recursos** Com razoável frequência, o co-pagamento é visto como um mecanismo mais importante para reduzir a procura do que para gerar recursos financeiros adicionais. Musgrove (1986) levantou a hipótese de que se poderia arrecadar quantidade significativa de recursos “se se cobrasse uma quantidade fixa pelas consultas (suficientemente reduzida para que não tivesse muito efeito sobre as consultas demandadas pelos consumidores de menores recursos), e a discriminação de preços fosse introduzida somente na etapa do tratamento (...). A hospitalização parece a etapa mais apropriada para fixar honorários diferenciados, tanto pela grande proporção do gasto hospitalar no orçamento total do governo em saúde, como também porque os consumidores de alta renda, embora procurem serviços médicos privados para consultas, recorrem à rede pública em caso de hospitalização” (tradução livre dos autores) [Musgrove (1986, p. 333), *apud* Marquez (1990, p. 127)].<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Medicamentos *especiais* ou *excepcionais*, como os utilizados nos casos de câncer, pacientes renais crônicos, transplantados e portadores do vírus HIV.

<sup>28</sup> “(...) se se cobrara una cantidad fija por las consultas (lo suficientemente reducida para que no tenga mucho efecto sobre las consultas que necesitan los consumidores de menores recursos) y la discriminación de precios se introdujera solo en la etapa del tratamiento [...]. La hospitalización parece la etapa apropiada para fijar honorarios diferenciales, tanto por la gran proporción del gasto hospitalario en los presupuestos totales de salud del gobierno, como porque los consumido-

Em El Salvador, como observou Marquez (1989), a recuperação dos custos representou 5% do total de recursos alocados aos hospitais públicos. Na Guatemala, a cobrança ao usuário chegou a 2% do orçamento do Ministério da Saúde; na Jamaica, a 1,5% do total dos gastos públicos em saúde; no Panamá e na República Dominicana, o *cost-sharing* alcançou, respectivamente, 10% e 20%, no total de estabelecimentos do Ministério da Saúde. Em Honduras, a cobrança sig r-  
çamento dos hospitais que adotaram o co-pagamento. Como se vê, tais dados não são entusiasmantes, sobretudo porque não se sabe os custos administrativos do sistema de cobrança.

Na Argentina, entretanto, observou-se que o co-pagamento cobria de 20% a 30% dos honorários pagos aos serviços de assistência ambulatorial; e 50% em relação à compra de medicamentos. No Chile, quanto mais caro o provedor no âmbito do ISAPRES,<sup>29</sup> maior é a participação do usuário no custeio ambulatorial (entre 50% e 75%).

Na experiência, já referida, do Distrito Federal, os ganhos de receita *out of pocket* foram pouco significativos, mesmo que se desconsidere o custo, não mensurado, do aparato administrativo arrecadador, criado para essa finalidade específica. De fato, a medida foi mais eficaz para estimular a regularização da situação previdenciária dos pacientes,<sup>30</sup> em que pese o efeito colateral apresentado: redução da demanda de forma indiscriminada, inclusive em serviços oferecidos gratuitamente como a vacinação.

Em 1981, um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) estimou que a receita bruta a ser gerada com a implementação do co-pagamento em todo o país variaria entre US\$ 217 milhões (com isenção a pessoas com renda inferior a três salários-mínimos) e US\$ 371 milhões (com isenção apenas para hospitalização de quem tivesse renda inferior a dois salários mínimos). Embora expressivos em números absolutos, os montantes estimados representavam, na época, menos de 10% dos gastos previdenciários com assistência médica [IPEA/IPLAN (1981)].

O nível de renda da população brasileira parece eliminar a possibilidade de receitas expressivas a partir de tarifas razoáveis. Cobrar, por hipótese, um mínimo de R\$ 2,00 por consulta carrearia mais de R\$ 300 milhões reais/ano, com um impacto possivelmente irrelevante sobre a moderação da demanda dos mais pobres. Esse montante é alto em valores absolutos. Entretanto, tem pouca magnitude relativa, pois equivale a não mais que 2% da despesa total do MS em 1996, e permite a mera duplicação do valor da remuneração da consulta médica, o que ainda é insuficiente para alcançar qualquer efeito positivo na melhoria da qualidade do atendimento.

---

res de mayores ingresos acuden a los médicos privados para las consultas, pero van a los hospitales públicos a recibir tratamiento”.

<sup>29</sup> Institución de Salud Previsional.

<sup>30</sup> Os beneficiários da previdência nada pagavam.

---

Quando se paga por procedimento médico, como é a prática predominante no SUS, qualquer preço muito inferior aos de mercado não elimina a discriminação do paciente SUS em relação aos demais, não desestimula a cobrança por fora e outros expedientes de maximização de receitas.

No entanto, mesmo que a receita seja pouco importante em valores globais, pode ser crítica para financiar ações específicas. Pintar um centro de saúde, comprar um aparelho de TV para a sala de espera de um ambulatório e outras pequenas carências no cotidiano de um serviço de saúde podem ser atendidas com poucos recursos, desde que possam ser aplicados com *flexibilidade*.

Para isso, o recurso oriundo do co-pagamento deveria ser utilizado na unidade de saúde que o gerou: “experiências recentes em diversos países têm demonstrado que a cobrança dos usuários pode gerar rendimentos adicionais nas unidades públicas, em particular, se a arrecadação sobre a hospitalização e os rendimentos adicionais permanecerem no local da cobrança” (tradução livre dos autores) [Marquez (1990, p. 126)].<sup>31</sup> Uma das vantagens desse procedimento é dar visibilidade ao contribuinte quanto ao uso da sua contribuição. O recolhimento da receita a um fundo geral desestimula a arrecadação local e aumenta o risco de sua utilização em *gorduras* burocráticas.

Os riscos mais temíveis da centralização do produto arrecadado estão em duas outras situações: (i) a desvinculação do uso, se os recursos forem destinados à cobertura de eventuais déficits financeiros ou para atender outras demandas não relacionadas com o fato gerador da receita; e (ii) a contribuição do usuário passar, gradualmente, de fonte supletiva a fonte principal, na medida em que o governo restrinja sua participação e ceda à tentação de substituir fontes.

O comportamento das despesas com assistência médica aos servidores no IPEA é ilustrativo quanto à essa segunda possibilidade. Entre 1994 e 1996, a despesa total, em valores correntes, com assistência médica (inclusive odontológica) sextuplicou, enquanto a receita produzida pela participação do usuário subiu 47 vezes. Essa participação, que representava apenas 4,2% (1994) do dispêndio global com saúde, em 1996 foi equivalente a 34% (tabela 7).

TABELA 7  
Despesas com Assistência Médica a  
Servidores no IPEA por Fonte -1994/1996

Fontes dos recursos	1994		1995		1996	
	R\$ 1 000	(%)	R\$ 1 000	(%)	R\$ 1 000	(%)
OGU <sup>1</sup>	295 319	95,7	1 136 84	92,3	1 216,272	66,0

<sup>31</sup> “[...] experiencias recientes em diversos países han demostrado que los cobros al usuario pueden generar ingresos adicionales en los establecimientos públicos, en particular si los cargos sobre la hospitalización y si los ingresos adicionales se mantienen en el lugar de la cobranza” .

## 8.4 No Controle Social

Em princípio, o consenso parece mais fácil em torno da taxaço de ações e serviços *não assistenciais* como hotelaria privativa (apartamento individual, televisão e diária de acompanhante). Com a exceção dos raros casos de indicação médica (isolamento, por exemplo), a ocupação gratuita de instalações privadas em hospitais públicos não se justifica. O conforto e a privacidade, pagos por quem quiser desfrutá-los, evita o clientelismo na escolha dos beneficiários, cria uma fonte suplementar de receita e torna o hospital competitivo.

De qualquer forma, quando justa do ponto de vista fiscal, a participação *seletiva* no custeio também pode ser conveniente para o controle social do sistema público de saúde. Em tese, a presença dos mais ricos (e mais informados) nos serviços públicos gera externalidades positivas. O poder de pressão, nível de exigência e grau de consciência da cidadania, mais altos nesse segmento do que entre os mais pobres (e menos informados), ajudam a aprimorar a qualidade do atendimento. Isso acabaria por beneficiar também os mais pobres.

Este também é o entendimento de Cordeiro (1996), ao mencionar em entrevista que o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) <sup>32</sup>“deve destinar uma parcela de atendimento à classe média, pois além de significar uma fonte de financiamento alternativo, representa a elevação de padrão para pacientes de todos os extratos socioeconômi-

---

<sup>32</sup> Complexo assistencial (quatro hospitais e doze postos de saúde comunitários) vinculado ao MS e sediado em Porto Alegre.

cos”. Embora se refira a um caso específico, a opinião do ex-presidente do INAMPS pode ser estendida a toda a rede estatal.

Nessa mesma linha de pensamento, Todorov e Rodrigues Netto (1996) ponderam que a busca de fontes alternativas de recursos como o pagamento dos atendimentos a pacientes particulares ou cobertos por convênios médicos tem de ser cuidada. Para “não ferir o princípio da equidade três condições têm de ser asseguradas: o acesso não pode ser privilegiado, o pagamento deve ser apenas por acomodações especiais e a preço real, e não pode haver pagamento direto aos profissionais

A regulamentação adequada e o controle social ativo evitariam o risco de distorções como: (i) a instituição de subsídios aos mais ricos, com a cobrança de preços abaixo do custo real; e (ii) a *privatização* de um número excessivo de leitos, em detrimento dos paciente mais carentes.

Em 1996, a Associação dos Servidores do Hospital das Clínicas (ASHC) de São Paulo acusou a direção desse hospital público de privilegiar quem possui convênio ou possa pagar R\$ 85 por uma consulta. A decisão de se cobrar foi justificada pela direção em virtude dos baixos valores pagos pelo SUS e a queda no financiamento, de responsabilidade do governo do estado de São Paulo. Ademais, “particulares e pacientes com convênio só chegam a 2% dos leitos . O presidente da ASHC alega que o Instituto do Coração começou privatizando 10% do atendimento e “hoje a porcentagem já dobrou. Nada impede que amanhã eles passem de 10% para 90% [Correio Braziliense (1996a)].

De qualquer forma, questões como essas certamente serão melhor resolvidas no nível local do que por norma nacional, a qual, por sua natureza, não tem como lidar com a diversidade de situações presente em cada comunidade.

**8.5 Na Equidade** O ex-ministro da Saúde, Adib Jatene, quando titular da pasta, defendeu a participação no custeio, ao afirmar que “todos os que podem pagar devem fazê-lo para que se viabilize o atendimento dos que não podem com os poucos recursos que o sistema possui” [Folha de São Paulo (1995)]. Segundo o ministro, o caráter universal do SUS impediria que houvesse pagamento maior dos mais privilegiados, situação que sanciona uma injustiça social. Seu sucessor, ministro Carlos Albuquerque, mencionou que a legislação vigente “(...) em nenhum momento afirma, pelo contrário, que é obrigação do Estado assumir integralmente a prestação ou o financiamento da saúde” [Folha de São Paulo (1997)].

a-  
queles segmentos que dispõem de recursos e meios para pagar”, representa “(...) uma forma grave de injustiça, ao tratar igualmente os desiguais [Ribeiro (1997)]. Taxar o acesso dos mais ricos aos serviços de saúde ajudaria inclusive a diminuir a conhecida regressividade das fontes convencionais do setor. Em tese, permitiria subsidiar to-

talmente os mais pobres, ou possibilitar a esses uma participação meramente simbólica.

A defesa de alguma forma de co-pagamento parte do pressuposto de que a despesa pública por indivíduo doente é maior na razão direta da sua situação socioeconômica. Assim, a atuação do Estado poderia se revelar inequívota ao oferecer serviços gratuitos aos grupos sociais de maior renda. Esse entendimento encontra apoio em trabalhos de Le Grand (1982), que alerta que a prestação de cuidados médicos gratuitos não é necessariamente equívota.

Linha de argumentação diferente destaca outros aspectos da questão. “O recurso a medidas de moderação ou detenção da procura é uma decisão impopular para qualquer governo (...). Representa um retrocesso em termos de política de redistribuição de rendimentos, por dificultar o acesso às camadas da população que têm menor capacidade econômica para despendar a taxa, ou para assumir inicialmente a totalidade dos encargos (...). Como é sabido, são aquelas camadas habitualmente as que mais necessitam de cuidados, dada a normal relação entre doença e incapacidade econômica” [Campos (1983, p.158)].

Possas (1996), ao discutir a adoção de taxas moderadoras no sistema de saúde brasileiro, adverte, inclusive, que, cobrar de usuários, mesmo com tabelas de preços diferenciadas entre os diferentes grupos sociais, seria inequívoto. No caso da sociedade brasileira, que apresenta profunda concentração de renda, riqueza e poder (Fiorini, 1993), o acesso ao SUS igualitário, segundo a Constituição (CF, art. 196) poderia tornar-se mais desigual.

Em muitos países da América Latina tem sido questionado o caráter iníquo da adoção do co-pagamento. O ponto de vista aparentemente predominante defende que esses serviços devem ser financiados por fundos públicos oriundos de impostos e contribuições sociais. “A introdução de taxas ao usuário é objeto de considerável discussão no sentido de que pode reduzir o bem-estar do consumidor em geral. Em tese, essas cobranças poderiam desincentivar a busca de atenção médica por parte das pessoas de baixa renda” (tradução livre dos autores). [Marques (1990, p. 126)].<sup>33</sup> Desse modo, quanto menor o poder aquisitivo do usuário, mais adverso o efeito das taxas moderadoras sobre a utilização dos cuidados de saúde. O efeito se evidencia na medida em que as despesas de saúde são relativamente maiores nas faixas inferiores de renda: “Taxas moderadoras independentes do nível de rendimento do utilizador têm a natureza de taxas regressivas e como tal não garantem a equidade (...)” [Lucas (1990)].

---

<sup>33</sup> “(...) la introducción de cobros al usuario es objeto de considerable discusión en el sentido de desincentivar la búsqueda de atención de salud de las personas de escasos recursos”. e-

---

## 9 LIÇÕES DA CONTROVÉRSIA

A revisão da literatura nacional e internacional sobre recuperação de custos, um dos objetivos deste estudo, aponta que a divergência de opiniões resulta, pelo menos em parte, de as experiências com co-pagamento terem ocorrido em contextos bastante diversificados. O que pode ter dado errado em um lugar e sob determinadas circunstâncias pode ser exitoso em outro, e vice-versa. Além disso, de modo geral, as análises conhecidas referem-se ao uso generalizado dessa modalidade de *cost-sharing*. Na verdade, muitas das restrições feitas à taxação do uso do serviço são menos ligadas ao instrumento em si do que à forma de sua implementação. Por exemplo: instituir o co-pagamento generalizado e estendê-lo a toda a população com a finalidade de moderar demandas supostamente abusivas não é o mesmo que o uso seletivo desse instrumento.

A seletividade, nesse caso, tem duplo significado. O primeiro é relativo à adoção do co-pagamento apenas nos municípios que o desejarem, ouvido sempre o conselho de saúde local. Impô-lo de cima para baixo e sem considerar a vontade e as possibilidades de cada comunidade local contraria o princípio da descentralização. Cobrar *de quem, quanto, o quê e em quais circunstâncias* são decisões importantes demais para serem tomadas à distância do local de seus efeitos. Além disso, legislar nacionalmente sobre a gratuidade em um país desigual, como faz a Lei nº 8 080/90, desatende às peculiaridades locais e impede que cada comunidade decida sobre o que lhe pareça ser mais conveniente. A questão da saúde tem assumido tamanha importância na escala de valores da sociedade brasileira, como atestam as pesquisas de opinião, que não seria banal utilizar-se o plebiscito como instrumento de aferição da vontade popular, e municípios que venham a cogitar da implementação do co-pagamento.

O segundo significado da seletividade concerne à limitação do elenco de prestações do SUS passíveis de alguma contrapartida por parte de seus beneficiários diretos. Vale dizer que a participação no custeio não deve alcançar todos os serviços. Poderia ser limitada, por exemplo, aos *não assistenciais*. Seria um contra-senso se antepor barreira econômica ou algum outro tipo de dificuldade no acesso a serviços cujo uso deva ser estimulado em razão das externalidades positivas que geram, como acontece na vacinação contra a poliomielite e o sarampo.

Uma possibilidade a ser considerada em cada comunidade seria restringir a participação apenas ao uso de instalações privativas durante a internação e, eventualmente, a outros serviços médicos,<sup>34</sup> particularmente aqueles nos quais a demanda reprimida tenha tamanho vulto que possa inviabilizar o seu custeio apenas com recursos orçamentários, ou, ainda, era que os procedimentos de cobrança tenham um custo aceitável e acarretem pouco ou nenhum transtorno para o paciente.

---

<sup>34</sup> Como mostra o anexo 1, a estrutura socioeconômica da demanda no SUS, a julgar pelo Hospital de Base de Brasília (HBDF), varia conforme a especialidade médica procurada.

---

A institucionalização da participação no custeio inexoravelmente trará à tona a antiga questão da complementação dos honorários médicos. Conciliar os interesses das partes parece mais apropriado e menos difícil no município do que por norma nacional.

Evitar na rede SUS, por exemplo, que o médico *negocie* seus honorários diretamente com o paciente tem claras vantagens: elimina o risco de mercantilização da medicina, protege o paciente na condição de *consumidor*, e ajuda a evitar a discriminação no acesso, além de eliminar a prática do pagamento *por fora*. Contudo, se impedido de cobrar, o profissional pode se desinteressar por pacientes privados e mudar esse atendimento para outro local de trabalho. Com isso, o hospital perde receita e as pessoas deixam de desfrutar do conforto que possam pagar. Usar os recursos arrecadados para melhorar a remuneração de *todos* os funcionários do hospital pode ser mais justo, democrático e eficiente para elevar o moral da equipe, mas provavelmente não será satisfatório para os médicos ideologicamente comprometidos com os postulados da medicina liberal clássica.<sup>35</sup>

Uma possibilidade interessante para a proteção ao consumidor sem prejuízo do interesse legítimo do profissional seria a criação, em cada hospital, de tabela de preços acessível ao usuário, combinada com a adoção dos chamados *pacotes fechados*, sobretudo no caso de internações. Essa medida tem as seguintes vantagens:

(a) protege o paciente, que saberá previamente quanto irá pagar pelo seu tratamento, independentemente dos dias que permanecer hospitalizado e dos medicamentos que consumir;

(b) cria competitividade entre hospitais;

(c) aumenta a cobertura da medicina privada, ao incorporar à demanda pacientes com alguma capacidade de pagamento mas que, por qualquer razão, não contam

(d) amplia o mercado de trabalho médico e assegura remuneração justa (fixa e/ou

(e) diminui a evasão fiscal, pois o paciente terá recibo e/ou nota fiscal sem ser constrangido a solicitá-la ao profissional.

A experiência internacional ensina que a participação no custeio, seja qual for seu objetivo, não está condicionada por fatores ideológicos. Cuba e China têm posições antagônicas nessa matéria. O mesmo acontece entre países de economia de mercado. Os serviços médico-assistenciais são *gratuitos* no Reino Unido e no Canadá, mas não nos Estados Unidos.

No cenário doméstico, este estudo analisou, ainda que brevemente, como duas cidades próximas, Panambi e Santa Rosa, no Rio Grande do Sul, lidam com a ques-

---

<sup>35</sup> Um desses postulados é o livre ajuste de honorários entre médico e paciente.

---

tão da gratuidade. A primeira cidade oferece exemplo curioso de situação notoriamente ilegal temperada com certo grau de legitimidade. Legítima, à luz do princípio da descentralização e porque aprovada pelo conselho municipal de seletiva do atendimento, entretanto, afronta a legislação nacional jurídica capaz de enquadrá-la na obscura ressalva incluída no artigo 43 (Lei nº 8 080/90). Embora tenha atingido o objetivo que levou a sua criação —moderar a demanda —não se conhece, nesse caso específico, o impacto do co-pagamento na equidade. O valor arbitrado para a *doação* (R\$ 15,00)<sup>36</sup> não parece suficientemente dissuasório para pessoas de renda mais alta, mas provavelmente teve efeito inibidor entre os mais pobres.

Em Santa Rosa, a despeito de o expediente utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde para coibir a cobrança *por fora* ter funcionado a contento, parece pouco provável que sua generalização venha a ser bem-sucedida. É presumível que, na maioria das vezes, o usuário abdique de seu direito à gratuidade e, assim, não requeira devolução do que lhe foi cobrado de forma indevida. Principalmente em comunidades pequenas e médias, onde todos se conhecem e é limitada a possibilidade de trocar de médico, não deverá ser expressivo o número de pessoas dispostas à atitude extrema de registrar queixa na polícia contra o profissional, uma das condições para se obter o reembolso.

Desligar médicos e hospitais do SUS, punição a que estão sujeitos os responsáveis por ou coniventes com cobranças indevidas, nem sempre é a sanção mais adequada, pois pode penalizar a população, ao privá-la de um serviço essencial. No caso dos hospitais, a *intervenção* do poder público —como acontece com bancos fraudulentos ou em risco de insolvência —ou até mesmo a —sem, necessariamente, estatizar o estabelecimento em definitivo, parecem ser medidas mais inteligentes e com efetivo poder persuasivo. Em relação aos profissionais de saúde, a ação preventiva e repressiva do respectivo conselho —que vai da pedagogia à cassação do exercício da profissão — combinada com mudanças profundas na modalidade de remuneração do SUS, parece o caminho possível mais adequado.

Aplicar tabelas locais e pagar salários realistas para remunerar provedores seria a forma mais definitiva para prevenir esse tipo de problema. Essa solução, contudo, estaria restrita às localidades que possam, em sua relações com os provedores, instituir tarifas mais próximas aos valores de mercado. Isso eliminaria não somente a cobrança *por fora* —uma derivação perversa do co-pagamento —, como a também conhecida discriminação dos pacientes do SUS em relação aos pacientes *particulares* e usuários de planos privados de saúde.

---

<sup>36</sup> O valor (R\$ 15,00) parece bastante acima dos custos esperados para um hospital privado de médio porte e de relativa baixa densidade tecnológica. A Santa Casa de Porto Alegre, complexo hospitalar de grande porte e alta tecnologia que oferece todos os níveis de atenção médica, do mais simples ao mais complexo (inclusive transplantes), durante um curto período de desligamento do SUS em 1996, fixou, com base em seus custos, o preço da consulta bem abaixo desse valor (R\$10,00).

---

A experiência, também resumidamente referida, do Distrito Federal no final dos anos 60 confirma o co-pagamento como mecanismo eficaz para moderar a demanda da clientela mais pobre, predominante na rede SUS, principalmente nos serviços básicos. Já entre um segmento de funcionários públicos (o caso do IPEA), dados mais recentes apontam que, embora o percentual de participação do usuário tenha aumentado expressivamente, não se identificou efeito importante nem sobre a demanda, nem sobre a despesa global.

Em sentido diverso, contribuições municipais fixas (vinculadas ao SUS) que independam da utilização dos serviços<sup>37</sup> têm papel similar ao co-pagamento como mecanismo de geração de recursos, diminuição da regressividade no financiamento (a depender da forma de taxação), conscientização do contribuinte e aumento do controle social, sem o risco de afetar negativamente o direito de acesso ao sistema de saúde. A suplementação local, todavia, não dispensa o aporte oriundo do co-pagamento, em determinadas situações. Por exemplo, não é justo que os mais ricos desfrutem do conforto e da privacidade proporcionados pelo uso subsidiado pelos mais pobres de instalações hospitalares *especiais*. Além disso, parece impossível, por maior que seja a capacidade fiscal de um município, cumprir-se literalmente a diretriz constitucional da integralidade da assistência, para financiar determinadas prestações para todos, como seria o caso do tratamento odontológico em adultos.

A polêmica sobre a participação no custeio está presente em praticamente todos os aspectos que a envolvem. Um ponto básico da controvérsia, no caso brasileiro, é de natureza eminentemente jurídica e refere-se ao entendimento, argüido neste estudo (cap. 5), segundo o qual a gratuidade explicitada na Lei nº 8 080 (art. 43) é imanente ao princípio constitucional do “acesso universal e igualitário às ações e serviços CF, art. 196). Conseqüentemente, a depender da solução desse contencioso, que, em última instância, será dada pelo Supremo Tribunal Federal, o encaminhamento do co-pagamento como instrumento acessório do financiamento do SUS conduzirá a uma das seguintes opções:

(a) alteração do artigo 196 ou adição, à Carta, de dispositivo específico referente à gratuidade dos serviços de saúde; seja para torná-la facultativa, a critério de cada municipalidade, seja para dar-lhe claro respaldo constitucional, como fizeram os constituintes de 1988 em relação ao ensino (CF, art. 206, § IV e art. 208, § I e II);

(b) regulamentação do artigo 43: na hipótese sugerida por Carvalho e Santos (1996), a participação do usuário estaria restrita aos serviços não assistenciais; e

(c) mudança na Lei nº 8 080/90, para atribuir ao município competência para decidir sobre a matéria, respeitados os princípios básicos que regem o SUS. No âmbito local, em que o controle social é mais direto, seria mais fácil e efetivo evitar riscos, entre os quais:

---

<sup>37</sup> A Constituição Federal faculta à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios instituir taxas pela “utilização efetiva ou potencial de serviços públicos específicos e divisíveis, prestados CF, art. 145, § II).

---

- 
- instituição de taxas abusivas;
  - aumento da demanda reprimida;
  - desvinculação do uso dos recursos gerados pelo co-pagamento, se forem destinados para cobrir eventuais déficits financeiros ou para atender a outras demandas extra-setoriais;
  - transformação da contribuição do usuário de fonte supletiva em fonte principal, na medida em que o governo restrinja o aporte de recursos orçamentários e ceda à tentação de substituir fontes;
  - instituição de subsídios aos mais ricos, deles cobrando preços de hotelaria abaixo do custo real, por exemplo; e
  - privatização* de um número excessivo de leitos, em detrimento dos pacientes mais carentes.
-





SOF).

1996.

- BRISCOE, B.; BIRDSALL, N.; ECHEVERRI, O.; MCGREEVEY, W. e SAXENIAN, H. *Financial health services in developing countries, with especial reference to Brazil*. Trabalho apresentando na Conferência Internacional do Financiamento do Setor Saúde. São Paulo, Brasil, 1988.
- CAMPOS, A. C. de. *Saúde: o custo de um valor sem preço*.— Lisboa: ed. Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos Ltda., 1983.
- CARVALHO, G. I. e SANTOS, L. Sistema Único de Saúde (Comentários à Lei Orgânica da Saúde , Lei n. 8 080/90 e Lei n. 8 142/90. , 2ª ed., HUCITEC, n.51, 1995.
- CHAULAGAI, C. N. Financiación comunitaria de los medicamentos esenciales en Nepal. *Foro Mundial de la Salud*, 1995. v.16, p.105-108.
- CINELLI, M. O Brasil, a França e as reformas neoliberais. *O Jornal do Médico*, Sindicato dos Médicos do DF, Ano III, dez. 1995. p.2.
- COSTA, O. V. *Acesso a serviços de saúde na região metropolitana de São Paulo: universalização e reprodução das desigualdades sociais*. 1996. mimeo. Trabalho apresentado na IV Conferência Nacional de Estatística patrocinado pelo IBGE.
- CREESE, A. User charges for health care review of recent experience. *In: Health economics — A guide to selected WHO literature*. Organizado por Kinnon, Velasquez e Flori. WHO, 1994.28p.
- CONSTITUIÇÃO DE 1946.
- CONSTITUIÇÃO DE 1967.
- CONSTITUIÇÃO DE 1988.

- JORNAL DO BRASIL. *Conveniados admitem que pacientes precisam pagar*. 12 abr. 1992, 1<sup>o</sup> Cad., p.17.
- KATZ, J. M. e MIRANDA, R. E. Mercados de salud: morfologia, comportamiento y regulaci3n. *Revista de la CEPAL*, n.54, p.7-25, 1994.
- LE GRAND, J. *The strategy of equity: redistribution and the social services*.— London: George Allen & Unwin, 1982.
- LEI ORGÂNICA DE SAÚDE. Lei n 8 080/90.
- LINDBLOM, C. E. Politics and markets. The world's political-economic systems. New York, 1977. *Boletim de Economia da Saúde*, Associação Portuguesa de Economia da Sa - de-APES, Ano 1, n.1, p.1, abr. 1987.
- LUCAS, J. S. Taxas moderadoras e equidade na utilizaç3o de cuidados de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v.8, n.1, p.17-28, 1990.

- MÁRQUEZ, P. V. Control de costos en salud: experiencias en países de las Américas. *Boletim da Organização Pan-Americana da Saúde*, v.109, n.2, p.111-132, 1990.
- MEDICI, A. C. Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde — Tendências atuais e perspectivas futuras. *Planejamento e Políticas Públicas*, IPEA, p.83-98, dez. 1990.
- \_\_\_\_\_. Incentivos governamentais ao setor saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, n.2, p.79-115, 1992.
- MEDICI, A. C. e BELTRÃO, K. I. As contribuições da economia à análise dos problemas enfrentados pelo setor saúde na América Latina. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, I, 1993. *Anais ... 1993*, ABRÉS, p.97-135.
- MUSGROVE, P. What should consumers in poor countries pay for publicly-provided health services? *Soc Sci Med*, v.22, n.3, p.329-333, 1986.
- \_\_\_\_\_. *Public and private roles in health. Theory and financing patterns.*— Washington, DC: 1996. 79p. (The World Bank Discussion Paper, n.339)
- NASCIMENTO, M. C. T. A ordem social e a nova Constituição. In: CARVALHO, G. I. e SANTOS. 1995. (*op. cit.*)
- NEWHOUSE. *Statement to the subcommittees on defense of the Unites States Senate appropriations committee.*— Santa Mónica, CA: The Rand Corporation, 12 Jun. 1984. (the Rand Paper Series P-6997).
- OLIVA FILHO. *Entrevista concedida a Carlos Octávio Ocké Reis* Rio de Janeiro: 1996.
- OPS. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma. *Economía de la Salud. Perspectivas para a América Latina*. p.145-159, 1989.
- PEREIRA, J. Glossário de economia da saúde. In: PIOLA, S. F. e VIANNA, S. M. (orgs.) *Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde.*— Brasília: IPEA, 1995.
- PIOLA, S. F. e VIANNA, S. M. *Gasto social federal e investimento na infância*. UNICEF, 1995. 125p.
- POSSAS, C. de A. A articulação público-privado e o cuidado com a saúde dos pobres: implicações das políticas de ajuste estrutural na América Latina. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.) *Política de saúde: o público e o privado.*— Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1996. p.49-68.
- REIS, C. O. O. *O setor privado de saúde no Brasil: limites da autonomia*. 1995. Tese de dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social da UERJ.
- RIBEIRO, E. Saúde: quem pode, paga. *Correio Braziliense*, 23 mar. 1997, p. 16.
- ROCHA, J. H. *A saúde e você: proposta de transformação do setor saúde no Brasil.*— Nova Friburgo: ed. Imagem Virtual, 1992.
- RODRIGUEZ, M. La eficacia del 'ticket moderador: entre el ahorro y la equidad. *Gazeta Sanitária*, n.30, p.232-241, 1986.
- ROEMER, M. I. Organización de la asistencia médica en los regímenes de seguridad social. *Estudios y Documentos de la Oficina Internacional del Trabajo*, Ginebra, n.73, 1969.
-

lia: 1991. 136p.