

Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro

realidade e futuro do SUS

Isabela Soares Santos
Maria Angelica Borges dos Santos
Danielle da Costa Leite Borges

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SANTOS, IS., SANTOS, MAB., and BORGES, DCL. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. pp. 73-131. ISBN 978-85-8110-018-0. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this chapter, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste capítulo, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de este capítulo, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

**Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro:
realidade e futuro do SUS**

MIX PÚBLICO-PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: REALIDADE E FUTURO DO SUS

*Isabela Soares Santos
Maria Angelica Borges dos Santos
Danielle da Costa Leite Borges*

1 | INTRODUÇÃO

A discussão sobre o chamado *mix* público-privado surge nos últimos vinte anos, no bojo dos movimentos de reforma do Estado. Seu foco são questionamentos sobre méritos e deméritos, escopo e limites da atuação do setor privado e do Estado no financiamento e na produção de bens e serviços nos diferentes segmentos da economia. Em essência, as investigações sobre o *mix* público-privado buscam definir as combinações ideais de participação dos setores público e privado nos diferentes segmentos das economias nacionais (KHAN, 2009).

A participação pública e privada na economia pode abranger uma profusão de arranjos contratuais entre o Estado (setor público) e o setor privado. Portanto, a investigação do *mix* público-privado inclui as diversas relações que podem ser estabelecidas entre o setor público e o privado nas chamadas parcerias público-privadas, nas terceirizações de serviços públicos para o setor privado (RAJASULOCHANA e DASH, 2009) e em diversas novas formas de arranjos contratuais entre o Estado e o setor privado.

Especificamente nas áreas de saúde e educação, setores da economia nos quais normalmente existem aportes de recursos governamentais (públicos) e de famílias (privados), o termo *mix* público-privado é frequentemente utilizado para referir-se às participações de governo e famílias no financiamento de bens e serviços de saúde e aos arranjos de financiamento utilizados, o que introduz outra dimensão à discussão do tema.

As peculiaridades econômicas do produto saúde instigaram o surgimento de uma linha de debate acalorado sobre a “composição ótima” do *mix* público-privado na comunidade de pesquisa internacional, onde é crescente a produção de estudos

técnico-científicos que analisam como a relação entre o público e o privado se dá, na prática, nos sistemas de saúde. Exemplos de tal produção são os trabalhos de Chernichovsky (2000), Cutler (2002), van Doorslaer et al. (2002), OCDE (2004) Tuohy et al. (2004), Mossialos e Thompson (2004), Jones et al. (2005), Fusté et al. (2005) e Maynard (2005).

Segundo Saltman (2003), o mix público-privado, seja da prestação de serviços, seja de seu financiamento, já ocorre em diversos países europeus há mais de meio século, pois desde que foram implantados os sistemas nacionais de saúde coexistem Estado e setor privado na prestação de serviços de saúde, sempre que é permitida a provisão por entes privados.

Esses arranjos existem, segundo Stiglitz (1994), em quase todos os países; em suas palavras, “na maioria dos países há uma combinação de ações públicas e privadas, mas esta combinação varia entre os países e no tempo”. Para este autor, é preciso compreender como o *mix* público-privado se dará em cada sociedade e a sua relação com os princípios que norteiam cada sistema de proteção social: “um problema fundamental com que se enfrentam muitos países é qual a combinação adequada para as circunstâncias atuais” (STIGLITZ, 1994: 27).

Nas últimas décadas, diversas mudanças vêm ocorrendo no contexto ideológico, político e socioeconômico de muitos países, diretamente relacionadas ao debate sobre o tamanho e as funções do Estado na sociedade. No caso dos sistemas nacionais de saúde, construídos com base nos alicerces de proteção social do *welfare state*, as transformações correspondem a um movimento de rearranjo e adequações de seu modelo, tendo sido agregadas questões que despontam na sociedade a partir da década de 1980, comumente identificadas por valores do individualismo e da valorização do mercado e do setor privado. Tais questões são elementos centrais do ideário neoliberal (UGÁ e MARQUES, 2005). Nesse sentido, uma crítica que se faz aos sistemas nacionais de saúde é justamente a de que estes têm dificuldade em atender às demandas individuais, por terem como prioridade aquelas coletivas.

Muitas das mudanças são diretamente relacionadas ao papel do setor privado nos sistemas de saúde, como o aumento progressivo do peso do setor privado no financiamento total do setor Saúde e a tendência de transferência da execução, mais ou menos regulada, de serviços do setor público para o privado — por exemplo, a privatização, que é um ponto amplamente defendido nas reformas administrativas e políticas dos Estados desde fins da década de 1970 e é quesito central nas reformas neoliberais. Estas mudanças resultam no imbricamento cada vez maior do Estado com os agentes privados na prestação e no investimento que se faz no sistema de saúde.

Entretanto, o crescimento do setor privado nos países europeus e a maior inserção deste setor nos sistemas de saúde não necessariamente afetaram a estrutura

desses sistemas, herdados de meados do século XX. Em quase todos os casos, a alteração na configuração das relações entre o público e o privado nos sistemas de saúde não correspondeu a uma retração das responsabilidades e funções do Estado do ponto de vista do financiamento, da elaboração de políticas públicas de saúde e condução do sistema de saúde, tampouco ao crescimento do setor de seguros privados de saúde. Contudo, ainda não está claro em que medida a dimensão crescentemente mercantil da prestação de serviços de saúde pode contribuir para ampliar os gastos em saúde ou, pelo contrário, e como é frequentemente alegado por seus defensores, tornar os sistemas de saúde mais eficientes (PREKER e HARDING, 2000).

O que se verificou foi, fundamentalmente, a introdução e a coexistência — pactuada e regulada — de mecanismos de mercado no âmbito do setor público e o aumento do gasto privado direto, sobretudo aquele gasto realizado para fins de copagamento para garantir acesso a serviços de saúde parcialmente cobertos pelo sistema público, ou seja, cuja cobertura depende da complementação de seu financiamento (MOSSIALOS e THOMPSON, *op. cit.*).

Além disso, e como já mencionado acima, as transformações que os arranjos público-privados vêm sofrendo se dão não apenas pelo crescimento do setor privado, mas também por mudanças no formato administrativo-jurídico e de financiamento das instituições que prestam serviços de saúde e no tipo de contrato de prestação dos serviços, fazendo com que os conceitos de público e privado venham se transformando e se tornando cada vez mais “difusos” (SALTMAN, 2003: 27).

Todas essas mudanças conferem dinamismo ao *mix* público-privado que, ao contrário de um fenômeno estático, é uma situação em constante mutação. Assim, além da coexistência do público e do privado nos sistemas de saúde parecer inevitável em praticamente todos os países do mundo, como afirma Saltman (*op. cit.*), ela resulta de uma determinada configuração em dado momento e, por este motivo, é dinâmica.

Além disso, o *mix* público-privado deve ser estudado considerando-se os diversos mecanismos e modelos de prestação de serviços utilizados pelos países, não sendo possível, por exemplo, extrapolar o desempenho dos vários tipos de *mix* entre sistemas de saúde diferentes (MARMOR, 2001). Cabe, portanto, estudar o *mix* público-privado no contexto das várias economias e sistemas de saúde nacionais.

Diante deste contexto, colocamos questões que nortearão a análise aqui desenvolvida. Como vem se estruturando o sistema de saúde no Brasil, na perspectiva da presença e da produção de prestadores públicos e privados e de seu financiamento pelo governo e pelas famílias? Os arranjos público-privados são consistentes com os objetivos gerais do sistema de saúde — de contribuição positiva aos resultados de saúde, ao desenvolvimento do próprio sistema de saúde e à garantia do direito social à saúde tal como previsto na Constituição Federal? Onde e de que maneira o setor

privado afeta e interfere no sistema de saúde e quais são suas interfaces com o setor público? Como os arranjos público-privados interferem na sustentabilidade do setor de saúde? Para proteger o interesse público, quais são as necessidades de fomento ou de regulação? E, finalmente, como formular políticas de investimento e de melhorias do SUS tendo em vista os arranjos público-privados?

Considerando que as questões acima propostas são amplas e complexas, seria impossível respondê-las por completo em um único capítulo. No entanto, foi a busca por respostas para tais questões que norteou o desenvolvimento deste capítulo. Dessa forma, a primeira parte deste capítulo apresenta uma visão geral do sistema de saúde brasileiro. A segunda parte, “Rede de Prestadores e Produção de Serviços”, de autoria de Maria Angelica Borges dos Santos, apresenta as dimensões micro e macroeconômicas do mix público-privado no sistema de saúde brasileiro, especialmente no que toca à rede de prestadores e à produção de serviços. E a terceira parte “A Cobertura Duplicada e os Impactos sobre a Desigualdade”, de autoria de Isabela Soares Santos e Danielle da Costa Leite Borges, trata da questão da cobertura duplicada e de seus impactos sobre a desigualdade no acesso/uso dos serviços de saúde, concluindo com uma análise do papel do Estado na regulação de tais desigualdades.

2 | VISÃO GERAL DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

O sistema de saúde brasileiro segue, a partir da Constituição de 1988, o modelo dos sistemas nacionais de saúde. Assim, o Sistema Único de Saúde, SUS, está fundamentado nos princípios clássicos de um Sistema Nacional de Saúde, quais sejam: universalidade, integralidade, igualdade, acesso gratuito no momento do uso do serviço e financiamento por meio de tributos. Contudo, herdou do período precedente um forte segmento de prestadores e de empresas de assistência privada de saúde, os planos e seguros privados.

A criação do SUS foi fortemente influenciada pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que se desenvolveu inspirado tanto pelo ideal de proteção social solidária, o qual embasou as reformas dos sistemas de saúde europeus no pós Segunda Guerra Mundial, como pelo contexto interno do movimento contra a ditadura e pelas liberdades democráticas.

Uma das características apresentadas pelo mix público-privado no sistema de saúde brasileiro diz respeito à prestação e produção de serviços. O SUS produz serviços em unidades de saúde, incluindo os hospitais públicos e os privados complementares, estes últimos podendo ser conveniados ou contratados. É nos casos em que os serviços de saúde não são prestados em unidades próprias (públicas), que ocorre uma primeira forma de imbricamento público-privado no campo da prestação

dos serviços. Nesta, a compra e a venda de serviços de saúde se dá entre o poder público e os prestadores privados.

Uma segunda forma de imbricamento público-privado no campo da prestação de serviços de saúde ocorre devido à superposição de demandas aos prestadores privados, os quais prestam serviços às operadoras privadas de assistência à saúde e, paralelamente, vendem também serviços ao poder público (SUS).

A terceira forma de imbricamento no campo da prestação dos serviços ocorre pelo pagamento privado direto de empresas e indivíduos a prestadores privados de serviços de saúde, uma vez que tais pagamentos constituem outro grande segmento de consumo no mercado.

Além disso, seja por meio dos seguros privados ou pelo pagamento privado direto, é possível comprar junto aos estabelecimentos públicos, serviços médico-hospitalares de média e alta complexidade, o que geralmente ocorre naqueles estabelecimentos com quadro de profissionais referenciados, como os hospitais universitários e de ensino, que realizam serviços de saúde para o SUS. Esse arranjo se dá porque, embora o SUS não permita o financiamento privado de seus serviços, existe um vácuo na legislação que faz com que, na prática, a venda dos serviços para o setor privado possa se dar por intermédio de fundações criadas ou contratadas para gerenciar serviços desses hospitais, as quais não têm impedimento para vender serviços para o setor privado, e aqui reside uma quarta forma de imbricamento público-privado neste campo da prestação.

Finalmente, existem ainda outras formas de imbricamento público-privado na realidade brasileira que ocorrem no campo do financiamento. Elas se dão de três maneiras: (i) pelas desonerações fiscais a prestadores privados e consumidores dos seus serviços; (ii) pelo gasto de órgãos públicos com prestadores privados e operadoras de seguros de saúde para a assistência à saúde de seus trabalhadores e familiares, e; (iii) pelo uso de serviços do SUS por clientes de operadoras privadas, nos casos em que não ocorre o ressarcimento ao sistema público.

A marcante participação dos prestadores privados nas três primeiras formas de imbricamento público-privado no campo da prestação, e das operadoras privadas nas quarta e quinta formas, conforma um *mix* público-privado que resulta de uma forma ampla e complexa de indução dos interesses de mercado sobre o desenvolvimento do sistema público de saúde no Brasil.

Devido a esses arranjos entre o público e o privado na estrutura do sistema de saúde brasileiro, partimos da premissa de que ele é um sistema misto, onde o setor público e o privado coexistem no provimento, no financiamento, na demanda e na utilização dos serviços de saúde.

O SUS é responsável por uma produção de serviços de saúde de importância fundamental para o país (SANTOS, 2007): grandes quantidades de atendimentos por unidades básicas, a quase totalidade das vacinações feitas no país, consultas, procedimentos especializados e exames, internações, transplantes, programas bem sucedidos como o de controle e tratamento de pacientes com HIV/AIDS, Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF), ações de vigilância em saúde, desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias em imunobiológicos, fármacos, informação, gestão, etc..

A cobertura e o leque de serviços oferecidos pelo SUS vêm aumentando desde sua criação. Como mostrou o estudo de Porto et al (2006), entre 1998 e 2003 houve um importante avanço no uso de serviços de atenção básica, tratamentos hospitalares e exames de alta complexidade fornecidos pelo SUS, em todas as regiões do país.

Ao mesmo tempo, o SUS possui pontos de estrangulamento, como a baixa oferta de serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos (SADT), frequente impossibilidade de agendamento do serviço e de escolha do profissional e do prestador, hotelaria precária, dificuldade de acesso aos serviços e grande tempo em lista de espera para cirurgias eletivas, SADT e consultas a especialistas.

Essas são características diferentes das do seguro privado e possivelmente contribuem para o alto uso de determinados serviços financiados por gasto privado direto e por intermédio de seguros privados entre 1998 e 2003, tais como internações para cirurgias e exames, cirurgias ambulatoriais, gesso e imobilizações, consulta a outros profissionais de saúde, conforme mostraram os resultados da mencionada pesquisa de Porto et al. (op. cit.).

Como bem explicam Cordeiro et al, as diferenças entre o SUS e o segmento complementar podem ser assim colocadas:

convivem de forma contraditória a abundância e a escassez de alguns serviços e de tecnologias, tanto no SUS como no segmento complementar, ainda que de natureza e graus diferentes. No primeiro, nota-se o aparecimento e o recurso a tecnologias leves enquanto que no segundo predominam as tecnologias duras (...) diferença importante entre o SUS e o segmento complementar (...) é a ocorrência de abundância de tecnologias leves e da escassez de procedimentos mais complexos no SUS, ocorrendo o contrário no segmento complementar. Essa situação tem implicações importantes para a qualidade da atenção, ainda que de natureza diferente (CORDEIRO et al., 2010: 131).

Tendo em vista as diversas formas de imbricamento entre o público e o privado na realidade do sistema de saúde brasileiro, especialmente no campo da

prestação de serviços de saúde, conforme exposto acima, este capítulo passa agora a investigar como a prestação de serviços de saúde se dá e, posteriormente, como as relações público-privadas impactam sobre a desigualdade.

3 | REDE DE PRESTADORES E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS¹

A forte presença de prestadores privados é uma marca distintiva do sistema de saúde brasileiro. Em estudo realizado por Hanson e Berman (1995), que abordava o final dos anos 80 e início da década de 90, o Brasil era o país com o maior número de leitos privados por habitante entre 52 países de baixa e média renda nos continentes americano, africano e asiático — 2,5 leitos privados por habitante comparado à média de 0,45 leitos privados por habitante para o conjunto dos países estudados.

Desde então, e ainda que o SUS tenha sido criado e fortalecido, persiste uma importante participação do setor privado, com expansões e retrações que acompanham conjunturas econômicas e políticas. Permanecem pertinentes as indagações sobre as segmentações e especializações assumidas por cada setor no mix público-privado e como as estruturas de mercado interagem com a formulação de políticas para influenciar a alocação do gasto e gerar impactos sobre o acesso à saúde e a equidade (BORGES DOS SANTOS e GERSCHMAN, 2004; MACKINTOSH e KOIVUSALO, 2005; SANTOS et al., 2009).

A possibilidade de modular a participação do setor privado na saúde (SMITH, 2004) e definir em que áreas e graus ela potencializa resultados mais alinhados a metas públicas de equidade e eficiência continua a ser reconhecidamente um atributo fundamental para a elaboração e implementação de políticas de saúde (DEBER, 2002; RAJASULOCHANA e DASH, 2009). No entanto, bem mais difícil é dar respostas a algumas questões fundamentais, tais como: quais tipos de configuração de mercado geram inovações socialmente benéficas e quais são as mais perversas (MACKINTOSH e KOIVUSALO, 2005).

Em um país com as dimensões e a diversidade do Brasil, é natural que o mix público-privado difira não somente entre especialidades médicas e tipos de serviços, mas também entre as regiões do país. Alguns autores apontam a descentralização das políticas de saúde como um dos elementos que impulsiona o aumento dos custos ao imprimir maior diversidade e dificuldades de articulação aos sistemas de saúde nacionais

1 Esta seção conta com disponibilização do trabalho do projeto Inovaensp: “Avanços para a Conta-Satélite de Saúde: características econômicas da produção de serviços de saúde privados e do consumo de serviços de saúde pelas famílias”.

(CRIVELLI et al., 2006). O exame detalhado das variações do *mix* segundo fatores regionais e tipos/especialidades de serviços por meio de estudos comparativos configuraria enormes oportunidades de aprendizado. Entretanto, foge às possibilidades deste capítulo.

Nesta Seção será feito um diagnóstico estrutural resumido do *mix* público-privado, o qual incluirá uma descrição de suas dimensões macro e microeconômicas, além de informações que evidenciam, na medida do possível, a evolução do *mix* ao longo do tempo.

As dimensões macroeconômicas captam informações sobre valor e volume da produção, valor adicionado pelas atividades de saúde, despesas de consumo (gastos) e financiamento (custos) e, dados sobre geração de renda e emprego. São informações dessa natureza que permitem dimensionar o tamanho e a atratividade do mercado de saúde e os vários interesses que podem transitar em seu entorno — de interesses empresariais aos de financiadores e beneficiários, passando pelo de trabalhadores empregados pelo setor Saúde (BORGES DOS SANTOS e GERSCHMAN, op. cit.).

Na dimensão que convencionamos denominar microeconômica são sistematizados os recursos disponíveis e utilizados para oferecer esses serviços — fundamentalmente a capacidade instalada e suas especializações e distribuição regional ou segundo financiador — e alguns aspectos do uso e decisões sobre utilização desses serviços.

Esses dados permitem traçar algumas análises sobre estruturação e tendências do *mix* público-privado de prestação de serviços de saúde no Brasil. Ainda assim, permanece a carência de informações para a tomada de decisões sobre interfaces com o setor privado que tenham impactos potenciais sobre o SUS. Decisões dessa natureza vêm sendo cada vez mais frequentemente tomadas no âmbito do SUS e devem ser pautadas em estudos mais detalhados, que considerem os tipos de especialidade/serviços e as regiões específicas envolvidas, além do contexto nacional e global.

3.1 | Dimensões Macroeconômicas do Mix Público-Privado

Os dados da Conta-Satélite de Saúde, CSS (IBGE, 2008; IBGE, 2009), dimensionam o mercado de serviços de saúde brasileiro e sua evolução. Tais dados mostram que a produção de serviços de saúde no Brasil em valor (Tabela 1) atingiu R\$ 136 bilhões em 2007, sendo de R\$ 77 bilhões por prestadores privados e R\$ 59 bilhões por prestadores públicos. A partir da Tabela 1 podemos observar que, em 2007, a produção de serviços de saúde (hospitalares e não hospitalares) por estabelecimentos públicos do SUS correspondeu, em valor, a 40% da produção de serviços no país e a produção em estabelecimentos privados a 60% do total. Em 2009 (IBGE, 2012), a produção de serviços

de saúde por prestadores públicos e privados no país atingiu R\$ 174 bilhões, mantendo-se uma relação entre responsabilidade pela produção ainda marginalmente favorável ao setor privado.

Durante todo o período coberto pela CSS (2000 a 2009), verificamos que o faturamento do segmento de prestadores de serviços não hospitalares privados — que inclui clínicas e centros de tratamento, o crescente segmento de SADT e outras atividades desenvolvidas fora do âmbito hospitalar, inclusive atenção domiciliar — ultrapassou, no agregado, o do hospitalar privado. Em outras palavras, não há respaldo para se considerar que o setor privado de saúde brasileiro seja hoje, sob uma perspectiva econômica, hospitalocêntrico.

Entretanto, observa-se uma tendência ao crescimento do faturamento do setor hospitalar no total dos serviços privados nesse período. Em 2000, as receitas hospitalares equivaliam a 60% do total do faturamento dos serviços não hospitalares privados e, em 2007, a 70%. A tendência é ascendente ao longo de todo o período. Dados sobre o comportamento do volume de serviços também captados pela CSS (BORGES DOS SANTOS et al., 2011) mostram que quase não há crescimento real da oferta de serviços hospitalares privados no período, o que indica que esse aumento deve-se a aumento do preço desses serviços.

Tabela 01. Produção e consumo de serviços de saúde (valores correntes em milhões de R\$ correntes). Brasil, 2000 a 2007

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Produção | | | | | | | | |
| Saúde Pública | | | | | | | | |
| Serviços hospitalares e não hospitalares | Nd | Nd | Nd | Nd | Nd | 45.192 | 52.317 | 58.960 |
| Saúde Privada | | | | | | | | |
| Serviços hospitalares privados | 14.117 | 15.911 | 19.034 | 20.989 | 23.115 | 26.498 | 29.068 | 31.439 |
| Serviços não hospitalares privados | 22.963 | 25.917 | 28.667 | 31.734 | 35.159 | 34.858 | 41.581 | 45.516 |
| Total serviços de saúde privados | 37.080 | 41.828 | 47.701 | 52.723 | 58.275 | 61.356 | 70.649 | 76.933 |
| Consumo | | | | | | | | |
| Serviços Privados adquiridos via SUS | 8.835 | 9.782 | 10.669 | 10.253 | 9.921 | 10.044 | 12.946 | 12.163 |
| Serviços Privados adquiridos via Planos/Seguros | Nd | Nd | Nd | Nd | 26.352 | 30.135 | 33.693 | 41.708 |

Fonte: Elaborado a partir de IBGE. Macroeconomia da Saúde 2000–2005 e Conta Satélite de Saúde 2005–2007 e ANS.

No período entre 2005 e 2009, para o qual se dispõe de informações, o mercado de serviços públicos cresceu com maior velocidade do que o de serviços privados, tanto em valor quanto em volume de produção (BORGES DOS SANTOS et al., op. cit.).

Em 2007, os seguros privados de saúde intermediaram 54% do faturamento a prestadores de serviços de saúde privados e o SUS 16%. Estes mesmos percentuais em 2009 eram de 60% e 14%. Entretanto, não estão incluídos nesses dados os serviços privados adquiridos pelo SUS por meio de compras de serviços, contratualizações, além de outras transferências financeiras do SUS para prestadores privados efetuadas no âmbito dos novos modelos de gestão, que não são adequadamente captadas pelos sistemas de informações existentes. Estimamos que a inclusão dessas novas formas de transferência de recursos do SUS para prestadores privados poderia, em 2007, ter acrescentado em torno de R\$ 4 bilhões aos serviços privados adquiridos pelo SUS, o que expandiria a parcela de financiamento de serviços privados pelo SUS para aproximadamente 20 a 21% neste período. Em 2009, transferências a instituições sem fins de lucro não computadas nesse percentual já atingiam R\$ 7,4 bilhões, fazendo com que o financiamento de serviços privados pelo SUS atingisse patamares pouco acima de 22%. Assim, no período cresceram tanto o financiamento de serviços privados via planos quanto, em menor proporção, via SUS.

Segundo essas mesmas estimativas, o desembolso direto (inclusive copagamentos de seguro privado) das famílias residentes no país e, possivelmente, outras fontes ainda não mapeadas, tais como empresas que pagam diretamente ou o turismo médico (exportação de serviços de saúde), estariam financiando em torno de um quinto dos serviços privados de saúde no país, porém com participação decrescente.

A CSS mostra, também, uma produção de serviços por unidades do SUS para o mercado que variou, em valores correntes, entre R\$ 1,278 milhões, em 2000, e R\$ 1,541, em 2007. O pico ocorreu em 2005, quando essa produção atingiu R\$ 2,269 bilhões. Em princípio, essa produção mercantil indica a prestação de serviços por um fenômeno de dupla porta, como forma deliberada de aumentar as fontes de financiamento por parte das unidades públicas. O ressarcimento ao SUS, ainda pouco formalizado, também seria computado nessa rubrica.

Desde 2009, último ano para o qual há dados da CSS disponíveis, ocorreu aquecimento do mercado privado de serviços de saúde. Para 2010, as estimativas do mercado para faturamento dos serviços privados de saúde eram de mais de R\$100 bilhões. O período de 2007 a 2010 foi de intensas mudanças no setor Saúde e na economia mundial. Apesar da crise financeira mundial, no Brasil houve aumento da renda da população e maior oferta de crédito, com aquecimento do consumo. Em função disso, a tendência tem sido um forte investimento das empresas, entre elas as operadoras de seguro de saúde, na ampliação das linhas de produtos e do marketing direcionado às classes C e D.

Os impactos já começam a ser percebidos no aumento das receitas das seguradoras, provocando um cenário que pressiona a composição do *mix* público-privado no sentido do crescimento do poder de mercado das operadoras de seguros privados de saúde e da necessidade de ampliação de sua rede de prestadores devido ao aumento da quantidade de segurados com cobertura para assistência médica-hospitalar no período, que passou de 36,7 milhões em 2006 para 45,5 em 2010 (MS, 2011). As expectativas do mercado privado para 2011 são ainda de continuidade do crescimento dos beneficiários, embora com menor intensidade que em 2010 (ANAHP, 2010), sendo certo que as expectativas mais otimistas torcem por uma ampliação da cobertura de seguros privados para 50% da população.

A receita das operadoras p/c (por segurado) cresceu de R\$ 1.158/ ano em 2007 para R\$ 1.594/ano em 2010. Esse substancial crescimento do mercado de seguros privados de assistência à saúde no período, com um salto das receitas da ordem de R\$ 20 bilhões, sustentou o aumento na participação dos seguros de saúde no financiamento do mercado de serviços de saúde. O ingresso da gigante de planos de saúde americana United Health pela aquisição da AMIL, maior operadora de planos de saúde brasileira em meados de 2012 evidencia da expectativa de crescimento desse setor por parte do mercado internacional. A esse movimento se associa a ampla divulgação dos planos de internacionalização de hospitais de elite brasileiros, com a abertura de alas de atendimento a pacientes estrangeiros (BORGES DOS SANTOS e PASSOS, 2010).

Para além desse indício claro de internacionalização, o mercado de saúde suplementar no Brasil vem se tornando mais e mais concentrado nas grandes operadoras. Entre as 1.041 operadoras que em dezembro de 2010 atuavam no ramo de assistência médico-hospitalar e possuíam clientes (MS, 2011 — op cit.), as seis maiores detêm 21,8% dos segurados, enquanto que as 694 menores operadoras ficam com 10% dos segurados. Tal concentração do mercado aponta para crescente poder das maiores operadoras sobre o mercado. Intervir nessa concentração é um grande desafio. Em 2008 (MS, 2009) as 8 maiores operadoras detinham 21% dos clientes e agora esta clientela está concentrada em apenas 6 operadoras (MS, 2011 — op cit.).

A internacionalização do segmento, com intensificação das estratégias de fusão e aquisição, tende a contribuir para intensificar essa concentração de mercado em curso desde o início da operação da Agencia de Saúde Suplementar, com repercussões ainda não mensuráveis sobre preços.

3.2 | Dimensões Microeconômicas do Mix Público-Privado

A classificação da organização dos serviços de saúde utilizada no SUS — atenção básica, de média e alta complexidade — não permite uma correlação clara

com classificações habitualmente usadas para acompanhar as atividades de prestação de serviços de saúde e realizar comparações internacionais. A comparação necessária das características dos segmentos de prestadores públicos e privados para descrever o mix de prestadores pressupõe que critérios de classificação uniformes sejam aplicados aos dois setores institucionais.

As informações disponíveis nas principais pesquisas nacionais sobre prestadores (Pesquisa da Assistência Médico Sanitária — AMS/IBGE — e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde — CNES) e produção no setor Saúde (Sistema de Informações Hospitalares e Sistema de Informações Ambulatoriais — SIH e SIA/DATASUS) permitem organizar os prestadores de saúde segundo tipo de atendimento em estabelecimentos com internação (*proxy* de hospitalares, ainda que serviços de internação não caracterizem, por si só, a existência de um hospital), sem internação (ambulatoriais) e de SADT (esses dois últimos são, às vezes, agregados em não hospitalares) e de acordo com as esferas administrativas ao qual pertencem (pública e privada). Do ponto de vista da vinculação ao SUS, consideram-se as divisões entre estabelecimentos públicos e privados e entre disponíveis ao SUS (privado SUS) e não disponíveis ao SUS (exclusivamente privado).

A primeira dimensão a se considerar para descrever os prestadores diz respeito à quantidade de prestadores públicos e privados no Brasil e suas respectivas filiações às redes do SUS (Tabela 2) e de operadoras de seguros privados (Tabela 3).

Na perspectiva da AMS/IBGE, os prestadores são divididos em: com internação, sem internação e SADT. Ressalte-se que a Pesquisa da AMS/IBGE não contempla os estabelecimentos de saúde que não se constituem como pessoas jurídicas e os que sejam pessoas jurídicas, mas que tenham menos de três profissionais de saúde, não sendo, portanto, possivelmente contabilizada uma parcela significativa dos consultórios privados. A situação em 2009 era a seguinte:

Tabela 02. Estabelecimentos de saúde segundo esfera administrativa, tipo de atendimento e região. Brasil, 2009

| | Pública | | | | Privada | | | | Privada/SUS | | | |
|--------|---------|----------------|----------------|----------------------------|---------|----------------|----------------|----------------------------|-------------|----------------|----------------|----------------------------|
| | Total | Com internação | Sem internação | Apoio à diagnose e terapia | Total | Com internação | Sem internação | Apoio à diagnose e terapia | Total | Com internação | Sem internação | Apoio à diagnose e terapia |
| Brasil | 52.021 | 2.839 | 47.414 | 1.768 | 42.049 | 4.036 | 20.487 | 17.526 | 11.380 | 2.707 | 2.525 | 6.148 |
| N | 4.576 | 387 | 4.087 | 102 | 1.729 | 231 | 763 | 735 | 516 | 114 | 130 | 272 |
| NE | 19.348 | 1.281 | 17.550 | 517 | 8.886 | 845 | 4.745 | 3.296 | 2.714 | 605 | 900 | 1.209 |
| SE | 16.561 | 590 | 15.231 | 740 | 18.790 | 1.675 | 9.310 | 7.805 | 4.032 | 1.027 | 824 | 2.181 |
| S | 7.631 | 263 | 7.198 | 170 | 8.323 | 845 | 3.383 | 4.095 | 3.211 | 691 | 524 | 1.996 |
| CO | 3.905 | 318 | 3.348 | 239 | 4.321 | 440 | 2.286 | 1.595 | 907 | 270 | 147 | 490 |

Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 2009.

O fato de um estabelecimento ser classificado como privado/SUS não indica que a totalidade de sua capacidade instalada está disponível ao SUS. Quando examinamos, por exemplo, a disponibilidade ao SUS dos equipamentos mais sofisticados em estabelecimentos privados conveniados ao SUS, observa-se que, em média, um terço dos endoscópios, laparoscópios e microscópios cirúrgicos, raios X para hemodinâmica e ressonância magnética permanece para uso exclusivamente privado. Deve ser destacado que a disponibilidade ao SUS cresce em se tratando de tecnologias menos atuais, como ultrassonógrafos e tomografia computadorizada.

Tabela 03. Estabelecimentos de saúde privados segundo região e tipo de convênio. Brasil, 2009

| | Total estabelecimentos privados | Particular | Planos terceiros | Planos próprios | SUS |
|--------------|---------------------------------|------------|------------------|-----------------|--------|
| Brasil | 42.049 | 40.128 | 33.414 | 2.604 | 11.380 |
| Norte | 1.729 | 1.676 | 1.284 | 99 | 516 |
| Nordeste | 8.886 | 8.412 | 6.772 | 442 | 2.714 |
| Sudeste | 18.790 | 17.760 | 14.988 | 1.332 | 4.032 |
| Sul | 8.323 | 8.017 | 6.898 | 524 | 3.211 |
| Centro-Oeste | 4.321 | 4.263 | 3.472 | 207 | 907 |

Fonte: Elaborado a partir de IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 2009.

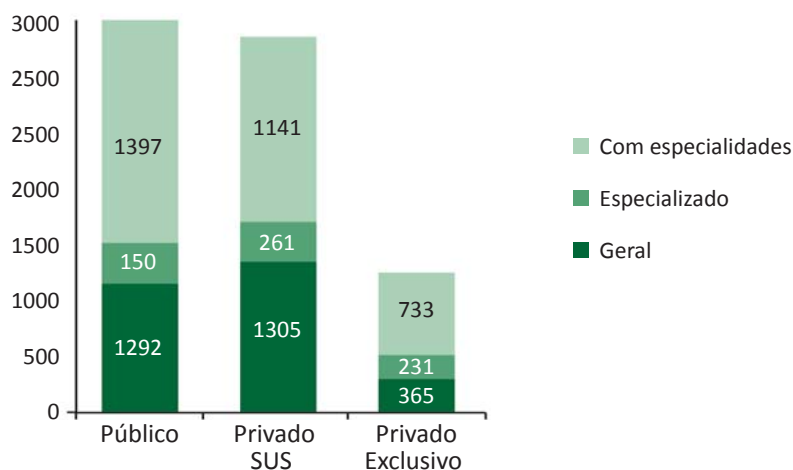
No Brasil, excluídos os consultórios particulares de profissionais de saúde não contabilizados na AMS/IBGE-2009, 28,3% dos estabelecimentos privados são conveniados ao SUS e 83,3% a planos de terceiros. A região Sul é aquela que apresenta a maior proporção de estabelecimentos privados credenciados pelo SUS (40%) e por planos de terceiros (86%). Entretanto, 2707 dos prestadores privados com internação (67%), entre os 4036 identificados na AMS, referem convênio com o SUS, o que mostra a importância do SUS para esse segmento, talvez como decorrência das regras que regem a concessão de certificados de filantropia. Ainda assim, houve uma importante mudança de panorama nas últimas décadas, já que na década de 80 quase 100% dos hospitais privados brasileiros eram conveniados ao INAMPS (MÉDICI, 1990).

3.2.1 | Segmento hospitalar

Para acompanhar a evolução dos estabelecimentos hospitalares no *mix* público-privado, mais do que nos concentrarmos no número de estabelecimentos com internação, que nos remete às indefinições sobre o que seria um hospital (RIBEIRO, 2009), vale a pena estudar o grau de especialização desses estabelecimentos e a evolução do número de leitos e internações.

O Gráfico 1 mostra a segmentação dos estabelecimentos com internação segundo seu grau de especialização, confirmando a maior especialização dos prestadores exclusivamente privados. Entre os 1329 prestadores com internação exclusivamente privados, 27,5% são hospitais gerais e 17,4% especializados. Para os estabelecimentos públicos esses percentuais são de 45,5% e 5,2%, e, para os privados conveniados ao SUS, de 48,2% e 9,6%.

Gráfico 01. Estabelecimentos com internação segundo natureza jurídica, especialização e relação com o SUS. Brasil, 2009



Fonte: Elaborado a partir de IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 2009.

As sucessivas edições da AMS apontam os prestadores privados como titulares da maior parte dos leitos disponíveis no país. Ainda que venham crescendo os leitos públicos e caindo os leitos privados ao longo das últimas duas décadas, os leitos públicos no Brasil correspondem a apenas 35,4 % do total de leitos disponível no país, quando a média de leitos públicos na OCDE é de 72% (OCDE, 2010). Em termos de disponibilidade de leitos por habitante, o Brasil também se situa bem abaixo da média OCDE — 2,3 por habitante para o Brasil, com 3,8 por habitante na OCDE. Abaixo da média brasileira na OCDE encontramos apenas o México (1,0 leito/habitante) e alguns países próximos (Espanha, Reino Unido e Estados Unidos).

Tabela 04. Leitos hospitalares públicos e privados. Brasil, 2002–2009

| Região | Total | | | Público | | | Privado | | |
|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | 2002 | 2005 | 2009 | 2002 | 2005 | 2009 | 2002 | 2005 | 2009 |
| Norte | 27653 | 27163 | 28295 | 13582 | 15667 | 17245 | 14071 | 11496 | 11050 |
| Nordeste | 122164 | 115857 | 108147 | 51736 | 52492 | 54867 | 70428 | 63365 | 53280 |
| Sudeste | 205099 | 191453 | 189874 | 54434 | 53428 | 53581 | 150665 | 138025 | 136293 |
| Sul | 79379 | 74558 | 73405 | 15301 | 14859 | 14461 | 64078 | 59699 | 58944 |
| Centro-Oeste | 36876 | 34179 | 32275 | 11266 | 12520 | 12738 | 25610 | 21659 | 19537 |
| Total | 471171 | 443210 | 431996 | 146319 | 148966 | 152892 | 324852 | 294244 | 279104 |

Fonte: Elaborado a partir de IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 2009.

A redução dos leitos verificada nos últimos anos tanto na OCDE quanto no Brasil é tradicionalmente atribuída (OECD, 2010; IBGE, 2010) à migração de procedimentos hospitalares para o ambiente ambulatorial. No caso específico do Brasil, a queda de leitos concentra-se nos leitos privados, tendo havido aumentos dos leitos públicos em todas as regiões do país, exceto na região sul. Na prática, houve uma substituição parcial dos leitos privados SUS por leitos públicos, com saldo de queda de leitos.

Uma terceira explicação para a redução de leitos seria uma transformação nas atividades de prestação de serviços hospitalares, no sentido de maior empresariamento e pressão por eficiência. Assim, em 2005, observa-se não só uma redução dos leitos privados conveniados ao SUS, mas também redução dos leitos privados não credenciados ao SUS (IBGE, 2010), que persiste em 2009 (AMS, 2010).

A definição sobre suficiência ou insuficiência dos leitos passa não somente pelo estudo de sua quantidade. A eficiência do uso dos leitos pode ser mais importante do que o número absoluto. Portanto, mais informativos são o exame da especificidade desses leitos e o estudo dos padrões de internações na população.

Os padrões de internações hospitalares no SUS foram estudados por poucos autores e mereceriam mais atenção. Ribeiro (2009) chama a atenção para a possibilidade de estar ocorrendo, concomitantemente aos avanços evidentes de cobertura, um “racionamento” das internações oferecidas pelo SUS.

Os dados da PNAD/IBGE-2008 para internações realizadas pelo SUS (10.170 mil pessoas internadas nos últimos 12 meses, algumas com mais de uma internação) evidenciam uma razoável convergência com os dados da Pesquisa da Assistência Médico Sanitária (AMS, 2010) para seu ano de referência. Os dados da ANS convergem com os da PNAD (4.447.483 do Sistema de Informações sobre Produtos/ANS para 2009 e 4.611.797 pessoas com seguro de saúde internadas, segundo a PNAD-2008). Maiores estudos são necessários para definir a significância estatística dessas aparentes convergências.

Diferentemente do que fica evidenciado pelos dados SIH na Tabela 5, as PNADs mostram um crescimento das internações financiadas pelo SUS — de 8.272 mil em 2003 para 10.170 mil em 2008. Entretanto, ainda que tenha de fato ocorrido um incremento no número total de internações, as taxas de internações no Brasil situam-se, segundo as PNADs da última década, entre 103 e 106 saídas anuais por 1000 habitantes. A média de países da OCDE para 2007 foi de 158 saídas por mil habitantes (variação de 55 por mil habitantes para o México a 278 por mil habitantes para a Áustria) (OECD, 2010 — op cit.).

Tabela 05. Evolução das internações pelo SUS segundo natureza jurídica do prestador. Brasil, 2000–2010

| Ano | Públicos | Privados-SUS |
|------|-----------|--------------|
| 2000 | 4.787.148 | 7.154.175 |
| 2001 | 4.440.921 | 6.893.870 |
| 2002 | 5.046.728 | 6.673.027 |
| 2003 | 4.900.333 | 6.741.867 |
| 2004 | 4.758.685 | 6.738.206 |
| 2005 | 4.893.810 | 6.539.333 |
| 2006 | 4.913.526 | 6.415.925 |
| 2007 | 5.018.140 | 6.300.366 |
| 2008 | 4.724.942 | 6.018.082 |
| 2009 | 5.113.249 | 6.016.471 |
| 2010 | 5.406.777 | 5.944.077 |

Fonte: SIH/SUS.

Países com uma média de leitos por habitante próxima à média brasileira fazem seu uso aparentemente igual ou pouco mais eficiente de seus leitos (Espanha com 107 altas por mil habitantes, EUA e Reino Unido com 126). A substancial diferença do número de internações em relação aos padrões médios da OCDE, aliada aos padrões de vida menos favoráveis da população brasileira, levantam a questão da suficiência da quantidade de internações no Brasil.

Hipóteses possíveis para um eventual comportamento decrescente das internações no SUS proporcionalmente ao crescimento populacional podem incluir o fato de o gargalo da média complexidade estar dificultando a identificação de internações necessárias e uma insuficiência de leitos especializados para atendimento a casos de maior complexidade do SUS. Entretanto, essas hipóteses não explicam o uso crescente do SUS pelos segurados de planos, que podem já estar refletindo uma “crise” de disponibilidade de capacidade instalada para atendimento a planos.

As diferenças de valores desembolsados pelas internações pelo SUS e planos e a receita por saída dos hospitais da ANAHP (Tabela 6), associação que congrega 34 dos mais conceituados hospitais do Brasil, é bastante informativa. De um lado, explica a inversão entre a quantidade de internações SUS efetuadas por estabelecimentos públicos e privados ao longo da última década (Tabela 5), que confirma o descredenciamento de prestadores privados do SUS. As internações realizadas em hospitais públicos vêm crescendo e devem estar ocorrendo à custa de forte coparticipação de financiamento estadual e municipal (RIBEIRO, 2009).

De outro lado, a Tabela 6 reforça a tese de que as redes de prestadores privados do SUS podem estar oferecendo, em média, produtos mais baratos ou menos sofisticados do que a média das redes de prestadores privados conveniados a seguros privados de saúde. É possível que parte das diferenças de preço possa ser atribuída às chamadas amenidades (GOLDMAN e ROMLEY, 2008), mas evidentemente também há distintos graus de incorporação tecnológica envolvidos (Tabela 8).

Tabela 06. Remuneração das internações segundo classes de financiadores e prestadores. Brasil, 2006–2010

| | SUS público (1) | SUS privado (1) | Plano geral (2) | Hospitais ANAHP (3) |
|------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------------|
| 2006 | 553,42 | 629,65 | Nd | 8.386,00 |
| 2007 | 606,58 | 681,93 | 3.219,56 | 8.322,00 |
| 2008 | 696,71 | 783,66 | 3.480,42 | 9.170,00 |
| 2009 | 828,94 | 921,22 | 3.844,43 | 10.239,00 |
| 2010 | 849,79 | 975,01 | Nd | 10.555,00 |

Fonte: Elaborado a partir de (1) AIH média SIH/SUS; (2) SIP/ANS e (3) Receita líquida de saída (indicadores ANAHP).

Os preços, muitas vezes abaixo do valor que são propostos aos prestadores privados pela tabela SUS, comprometem a contestabilidade do mercado e promovem uma seleção adversa de prestadores do SUS, que tende a privilegiar o oportunismo. Na visão de Williamson (1979), a análise das situações propícias ao oportunismo é central para a compreensão das relações contratuais.

Além de promoverem a seleção adversa dos prestadores, outra resposta a essa realidade tem sido a proliferação de arranjos contratuais alternativos com o setor privado, que provavelmente tenderão a revigorar o mercado de prestadores privados e recuperar a parcela de financiamento via SUS perdida desde sua implantação.

3.2.2 | Segmento ambulatorial

Se na área hospitalar existem informações potencialmente conflitantes quanto às características do avanço do SUS, na área ambulatorial confirmou-se a expansão da Estratégia de Saúde da Família (Tabela 7) responsável em grande parte pela ampliação do acesso e do número de estabelecimentos públicos de saúde no país na última década.

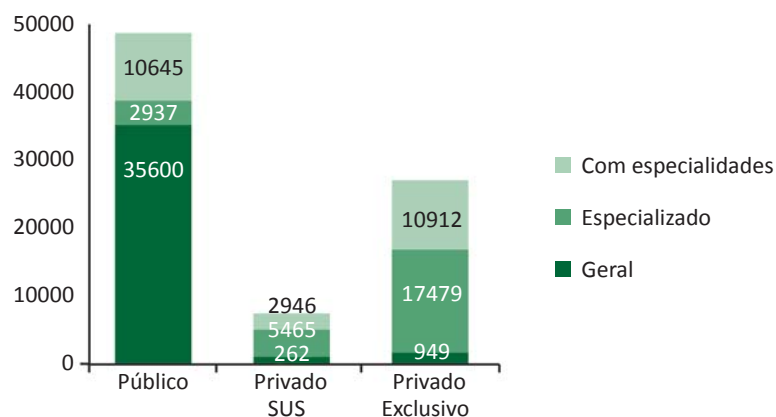
Tabela 07. Evolução da cobertura e financiamento da Estratégia de Saúde da Família. Brasil, 2003–2009

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Equipes de Saúde da Família | | | | | | | |
| Total de Equipes de Saúde da Família implantadas | 19.000 | 21.300 | 24.600 | 26.729 | 27.324 | 29.300 | 30.328 |
| Total de Municípios | 4.400 | 4.600 | 4.986 | 5.106 | 5.125 | 5.235 | 5.251 |
| Cobertura populacional | 35,70% | 39% | 44,40% | 46,20% | 46,60% | 49,30% | 50,70% |
| População coberta (em milhões de pessoas) | 62,3 | 69,1 | 78,6 | 85,7 | 87,7 | 93,5 | 96,1 |
| Equipes de Saúde Bucal | | | | | | | |
| Total de Equipes de Saúde da Família implantadas | 6.200 | 8.900 | 12.600 | 15.086 | 15.700 | 17.807 | 18.982 |
| Total de Municípios | 2.800 | 3.200 | 3.900 | 4.285 | 4.300 | 4.597 | 4.717 |
| Agentes Comunitários de Saúde | | | | | | | |
| Total de Equipes de Saúde da Família implantadas | 184.300 | 192.700 | 208.000 | 219.492 | 211.000 | 230.244 | 234.767 |
| Total de Municípios | 5.100 | 5.100 | 5.200 | 5.309 | 5.300 | 5.354 | 5.349 |
| Cobertura populacional | 54% | 55,50% | 58,40% | 59,10% | 56,80% | 60,10% | 60,90% |
| População coberta (em milhões de pessoas) | 94 | 98,3 | 103,5 | 109,7 | 107 | 113,9 | 115,4 |
| Recursos transferidos (em milhões de reais) | 1.662 | 2.191 | 2.679 | 3248 | 4064 | 4.767 | 5.698 |

Fonte: Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde.

A exemplo do observado nos estabelecimentos com internação (Gráfico 2), confirma-se entre os estabelecimentos sem internação do SUS uma tendência ao padrão mais generalista. Neste segmento, os estabelecimentos privados conveniados ao SUS assemelham-se bastante aos privados exclusivos, com forte predomínio de estabelecimentos especializados.

Gráfico 02 Estabelecimentos sem internação segundo natureza jurídica, especialização e relação com o SUS. Brasil, 2009



Fonte: Elaborado a partir da Pesquisa da AMS/IBGE-2009.

3.2.3 | Disponibilidade de equipamentos

Segundo a AMS/IBGE-2009, a expansão da disponibilidade de equipamentos de tecnologia mais avançada foi observada em quase todas as regiões do país, tendo ocorrido um aumento de 120% nos equipamentos de ressonância magnética. Os equipamentos de raio x, embora ainda tenham aumentado nas regiões Norte e Nordeste, diminuíram na regiões Centro-Oeste e Sul, indicando uma possível substituição dessa tecnologia de imagem por outras mais sofisticadas (IBGE, 2010 — op cit.).

Evidências diretas dos distintos graus de incorporação tecnológica entre prestadores públicos e privados são fornecidas pelos levantamentos da AMS/IBGE sobre equipamentos segundo a natureza do estabelecimento (Tabela 8). Estabelecimentos públicos com e sem internação dispõem de uma quantidade menor de equipamentos mais sofisticados. As menores diferenças entre estabelecimentos públicos e privados são observadas para tecnologias mais antigas, como eletrocardiógrafos e raios x.

Tabela 08. Disponibilidade de equipamentos selecionados em estabelecimentos públicos e privados com e sem internação. Brasil, 2009

| | Públicos sem internação | Públicos com internação | Total público | Privados sem internação | Privados com internação | Total privado |
|-------------------|-------------------------|-------------------------|---------------|-------------------------|-------------------------|---------------|
| Eletrocardiógrafo | na | na | 10058 | na | na | 15481 |
| RX simples | 1311 | 3935 | 5246 | 5034 | 6972 | 12006 |
| RX odontológico | na | na | 4398 | na | na | 9703 |
| Mamógrafo | na | na | 596 | na | na | 3547 |
| Ultrassom | 1521 | 2479 | 4000 | 10662 | 4724 | 15386 |
| Tomógrafo | 35 | 369 | 404 | 1347 | 1268 | 2615 |
| Ressonância | na | na | 52 | na | na | 796 |
| Videolaparoscopia | 45 | 565 | 610 | 427 | 2412 | 2839 |
| Hemodiálise | na | na | 1926 | na | na | 16854 |

Fonte: AMS/IBGE-2009.

Alguns recursos tecnológicos estão fortemente concentrados nos prestadores privados, sendo os principais exemplos os equipamentos de ressonância magnética e hemodiálise. A primeira situação talvez se deva à incorporação tecnológica que vem ocorrendo no Brasil desde a extinção do INAMPS, com o setor privado precedendo a incorporação em relação ao setor público e incorporando tecnologia em muito maior intensidade. Já à hemodiálise corresponde um segundo fenômeno, o de um segmento para o qual se criou uma clara segmentação de mercado, onde quase 90% da capacidade instalada concentram-se em prestadores privados.

A diferença entre equipamentos de raios x odontológicos deve ser analisada à luz das limitações do âmbito da Pesquisa AMS, que não contempla consultórios privados. Se os equipamentos nesses consultórios fossem contados, as diferenças seriam ainda maiores. A informação sobre disponibilidade desses equipamentos nos setores públicos e privado também faz suspeitar que, mesmo com a expansão da oferta de atendimento odontológico no SUS, esta possa ter se restringido a atendimento básico em odontologia, sem necessariamente um aumento expressivo de acesso a procedimentos mais complexos.

Observa-se, também, que os recursos tecnológicos mais avançados no setor público estão concentrados em ambientes hospitalares (com internação). Destacam-se aí os casos da ultrassonografia e dos tomógrafos onde, entre os prestadores privados, os estabelecimentos sem internação — mais especificamente os dedicados à realização de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) — concentram a maioria dos equipamentos.

3.2.4 | Decisões de uso

As decisões sobre o uso de serviços de saúde passam pela oferta de amenidades associadas ao cuidado e de percepção de sofisticação tecnológica. As amenidades podem aumentar a demanda por serviços em grau bem maior do que a qualidade clínica (GOLDMAN e ROMLEY, 2008 — op. cit.).

Os dados sobre equipamentos corroboram a tese de simplificação do atendimento SUS em contraposição à maior sofisticação da rede privada, o que explica parte da opção da população pela cobertura ao seguro privado de saúde. Ao mesmo tempo em que as promessas de sofisticação tecnológica (resgate por helicópteros, ressonância magnética, PET Scan) integram fortemente o *marketing* das seguradoras, o SUS ficou relegado a produto de consumo de circuitos sociais inferiores (BORGES DOS SANTOS e GERSCHMAN, op. cit.) ou, na maior complexidade tecnológica, para os mais abastados com menos barreiras de acesso (CORDEIRO et al., op. cit.; SANTOS, 2009).

É bem possível que reforçar decisões de uso mais favoráveis ao SUS, com o consequente endosso pela população em geral, envolva aumentar a incorporação tecnológica e sua divulgação na mídia. Entretanto, a concentração da prestação de serviços em prestadores privados, relegando-se o SUS ao papel de financiador, pode, no imaginário popular, vincular excelência de serviços ao setor privado ou resumir o SUS em “plano de saúde gratuito”. Mas é uma situação de concorrência com o aumento de renda da população e as promessas de maior intensidade de incorporação tecnológica, que contribuem às decisões de filiação aos seguros privados.

Outro fator que não pode ser desprezado é que a redundância de cobertura (cobertura duplicada) seja uma forma de aumentar a sensação de segurança em situações limite de doença, principalmente nas camadas da população que se sentem mais ameaçadas pela perspectiva do adoecimento. Nesse caso, a opção da população pela filiação aos planos poderia estar vinculada à percepção de que nem o SUS nem os seguros viabilizam sua necessidade integral de proteção.

O principal fator impulsionador do crescimento regional do mercado de prestadores privados no Brasil atualmente parece ser a densidade dos serviços contemplados na cobertura dos seguros privados de saúde — determinada pelas melhores remunerações desses comparativamente ao SUS para boa parte dos procedimentos mais comuns (consultas, exames e internações).

Confirma-se a previsão de que a disseminação de parcerias com o setor privado via novos modelos de gestão pelo SUS — que oferecem remunerações mais atrativas para prestadores privados que a tabela SUS — vem tornando a vinculação ao SUS uma opção interessante e gerando uma nova onda de expansão do mercado de prestadores privados, mais uma vez impulsionada pelo financiamento público.

O ingresso no segmento de Organizações Sociais de Saúde das redes Sírio Libanês, Einstein e, mais recentemente da Rede D'OR São Luis — maior rede nacional de serviços hospitalares e, em sua origem, por definição integrante do setor com finalidades lucrativas — evidencia bem as novas oportunidades de negócios oferecidas pelo SUS. Lamentavelmente ainda não conseguimos captar e dimensionar o vulto dessas mudanças pelos sistemas de informações tradicionais do SUS.

No que tange aos prestadores mais qualificados sem fins de lucro integrantes da ANAHP, a parceria com o SUS inclui também a qualificação da oferta de *expertise* em gestão como critério para a obtenção do certificado e das isenções fiscais próprias da filantropia, em substituição à prestação de serviços diretos ao SUS.

4 | A COBERTURA DUPLICADA E OS IMPACTOS SOBRE A DESIGUALDADE

As mudanças no setor Saúde desde a segunda metade do século passado são importantes para compreender uma abordagem mais recente de tipologia de sistema de saúde que contemple o *mix* público-privado, tendo em vista a forma de inserção do seguro privado. A Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico, OCDE (op. cit.) propõe uma classificação que coincide estrutura e conteúdo em relação àquela de outros autores, apesar de pequenas diferenças na terminologia, como as de Mossialos e Thompson (op. cit.), Colombo e Tapay (2004), Chernichovsky (op. cit.), Tuohy et al. (op. cit.), Vera-Hernández (1999), e Coufinhal (1999).

Cada tipo tem suas características e peculiaridades próprias, mas vamos nos ater ao tipo duplicado e ao complementar, pela aplicabilidade ao caso brasileiro. O modelo da OCDE define que o tipo *Duplicado* ocorre sempre que serviços semelhantes são cobertos pelo seguro privado e pelo sistema público, seja esse sistema nacional de saúde ou seguro social. Como a cobertura de serviços dos sistemas nacionais de saúde é ampla e comumente seu gargalo é nas consultas a especialistas, internações eletivas e SADT, estes são os serviços que geralmente os seguros oferecem e têm cobertura duplicada nesses sistemas.

O *mix* público-privado também pode ser do tipo *Suplementar*, que ocorre nos casos em que o seguro privado oferece elementos de sofisticação associados aos serviços de saúde, diferenciando-os dos do sistema público: hotelaria, requintes de luxo, cirurgia estética, possibilidade de escolha de medicamento não genérico, de procedimentos feitos com diferentes equipamentos.

O mais importante para análise do caso brasileiro é que o seguro privado *Suplementar* será também *Duplicado* sempre que o sistema público for de cobertura integral e acesso universal (MOSSIALOS e THOMPSON 2004 op. cit.; COLOMBO e TAPAY

op. cit.), o que ocorre nos países em que o sistema público é o nacional de saúde, como Reino Unido, Irlanda, Finlândia, Portugal, Espanha, Itália, Grécia e no nosso país, Brasil.

Existem problemas próprios dos sistemas com cobertura duplicada, destacados por diversos estudos internacionais, algumas são instigantes para pensarmos o caso brasileiro pelas evidências que mostram sobre equidade, financiamento, produção, uso e acesso aos serviços de saúde:

1. Nos sistemas duplicados, o tempo de espera na fila para o consumo dos serviços por meio de seguros privados, sobretudo de cirurgias eletivas, é menor que nos sistemas nacionais. Apesar dessa iniquidade, não há evidência de que o tempo de espera dos sistemas públicos possa ser diminuído devido à existência do seguro privado (OCDE, op. cit.);
2. Nos sistemas duplicados, as pessoas que possuem seguro privado tendem a continuar usando o sistema público para os serviços mais complexos e custosos, tornando a fila de espera no setor público ainda mais lenta do que seria sem a existência do seguro privado e com maior custo por paciente (OCDE op. cit.; TUOHY et al., op. cit.; JONES et al., op. cit.; GONZÁLEZ LÓPEZ-VÁLCARCEL e PÉREZ, 2006; GONZÁLEZ, 2005), o que acentua a desigualdade do sistema brasileiro com o acesso facilitado da clientela de seguro privado aos serviços públicos mais complexos e custosos do SUS;
3. Uso diferenciado dos serviços em sistemas duplicados:
 - quanto maior a renda, maior a proporção de pessoas com seguro privado e a quantidade de consultas a especialistas. Quanto menor a renda, menor a proporção de pessoas com seguro privado e maior a de consultas a generalistas (VERA-HERNÁNDEZ, op. cit.; JONES et al., op. cit.; VAN DOORSLAER et al., op. cit.);
 - a administração do paciente na lista de espera tende a ser realizada em benefício do próprio médico, que seleciona os casos menos complexos e menos custosos para o atendimento privado, deixando para o atendimento público os pacientes com casos mais complexos e que representam maiores custos (GONZÁLEZ, op. cit.).

Esses estudos mostram que a cobertura duplicada: (i) contribui para a iniquidade na oferta, no acesso e no uso dos serviços; (ii) incentiva o desenvolvimento do setor privado nos serviços em que a população tem dificuldade de acesso no sistema público, geralmente consultas a especialistas, cirurgias eletivas, SADT e medicamentos; (iii) não diminui a pressão da demanda por serviços do sistema público e, tampouco, no financiamento desse sistema; e, (iv) não contribui para a preservação dos objetivos gerais do sistema de saúde — de universalidade, integralidade e equidade, de contribuição positiva aos resultados de saúde, ao desenvolvimento do próprio sistema de saúde — e dos objetivos sociais, como a melhoria das condições de vida da população. Ao contrário, a cobertura duplicada corrói esses objetivos.

Ainda, a extensão da cobertura de serviços públicos no sistema público é um forte determinante da quantidade e do tipo de gasto privado, interferindo na relação entre o sistema público e o seguro privado (OCDE op. cit.; CHERNICHOVSKY op. cit.; JONES et al op. cit.; van DOORSLAER et al op. cit.; RODRÍGUEZ, 2008). Contudo, as políticas públicas dos países com cobertura duplicada devem ter em conta os problemas característicos desse tipo de arranjo quando da definição de quais serviços não serão ofertados pelo sistema público.

Essa tipologia é importante para auxiliar na compreensão sobre as questões estruturais do sistema de saúde, mas não contempla os imbricamentos público-privados que se dão na prática do dia a dia nos serviços de saúde. O que mostraremos a seguir é complementar à Seção 1, pois é somente com a compreensão de ambas as dimensões de relações público-privadas no setor Saúde que poderemos partir para um diagnóstico de como este tem se dado no Brasil e as possíveis tendências de mix público-privado.

4.1 | Cobertura Duplicada: características da população, da oferta e do uso de serviços de saúde

Tendo em vista que os estudos internacionais mostram que a cobertura duplicada não contribui na preservação dos objetivos gerais do sistema de saúde de universalidade e equidade, de contribuição positiva aos resultados de saúde, ao desenvolvimento do sistema de saúde e a objetivos sociais, como a melhoria das condições de vida da população, a seguir veremos como isto ocorre no sistema brasileiro.

Há diversos estudos nacionais que mostram desigualdades do sistema de saúde brasileiro (BAHIA et al., 2006; UGÁ e SANTOS, 2006; SASSON et al., 2006; GERSCHMAN et al., 2007; ALBUQUERQUE et al., 2008; OLIVEIRA, 2009; NORONHA et al., 2010; CORDEIRO et al., op. cit.). Uma das mais marcantes diz respeito ao subfinanciamento do SUS e ao subsídio fiscal permitido aos gastos privados. Outras se referem às desigualdades entre os segurados e os não segurados nas suas características sócio-demográficas e nas de oferta, acesso e uso de serviços, comportamento do

profissional de saúde e ao próprio financiamento setorial. Como veremos, são desigualdades semelhantes às verificadas em outros países com cobertura duplicada e, muitas vezes, acentuadas.

As informações sobre a distribuição da renda são importantes para analisar as desigualdades relacionadas à cobertura duplicada, isto é, à população que tem duas coberturas para assistência à saúde: do SUS e de seguro privado.

Ressalte-se que a cobertura de serviços de saúde contemplada nos contratos de seguros privados é ampla para a grande parte dos usuários: mais de 90% dos entrevistados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios realizada pelo IBGE (IBGE, 2003), respondeu que cobrem consultas médicas, exames complementares e internações. Somam-se a essas as informações da ANS (MS, 2011), que mostram que 89% dos beneficiários de seguros com assistência médica tinham cobertura ambulatorial e hospitalar em dezembro de 2010. Essa ampla cobertura parece ser uma tendência estável, pois resultado semelhante havia sido encontrado em 1998 para a região metropolitana de São Paulo (PESSOTO et al., 2007). Portanto, as informações sobre a extensão dos serviços cobertos mostram que a cobertura é duplicada para uma ampla gama de serviços de saúde para a quase totalidade dos segurados. Deve ser ressaltado que, mesmo para os que não têm ambas as coberturas, ambulatorial e hospitalar, para aquilo que têm configura-se duplicação de cobertura.

Para observar as desigualdades, uma primeira informação é a distribuição da renda entre a população. A PNAD/IBGE-2008 mostrou uma situação de extrema desigualdade de renda no país, onde apenas 12% dos domicílios tinham renda mensal domiciliar per capita superior a 2 salários mínimos, ou seja, todo o restante da população brasileira (88%) vive com 2 ou menos salários mínimos per capita.

Essa absurda concentração da renda brasileira não é novidade e já havia sido mostrada, de forma complementar, em pesquisa feita por Ugá e Santos (op. cit.), com dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (IBGE, 2003). De acordo com esta, enquanto os 10% mais ricos da população detêm 46,1% da renda familiar per capita da sociedade, os 20% mais pobres detêm apenas 2,9% da renda. Os cinco primeiros décimos, isto é, a metade mais pobre da população, absorvem apenas 13,7% da renda e a percentagem acumulada pelos 10% mais ricos corresponde a parcela maior que a acumulada pelos 80% mais pobres.

A concentração da renda ainda é tão elevada que, mesmo com a propagada desconcentração ocorrida nos últimos anos, o Índice de Gini do país caiu de 0,57 em 2003 (UGÁ e SANTOS, op. cit.) para 0,53 em 2010 (IBGE, 2011), mantendo-se destacadamente mais elevado que o dos países desenvolvidos e, também, que o dos demais países em desenvolvimento.

A taxa de cobertura da população com seguro privado e, portanto, com dupla cobertura, está praticamente estável segundo as PNAD/IBGE, pois, em 1998, 24% da população tinha seguro privado e, em 2008, este percentual foi de 25%.

Destaque-se a importância de acompanhar a evolução da população com seguro público. Este tipo de cobertura é a oferecida por instituições públicas para um grupo específico de pessoas, como funcionários públicos, membros das forças armadas, etc. Por meio destes, um órgão público provê cobertura para assistência à saúde para seus funcionários e familiares diferenciada da do SUS e, da mesma forma que ocorre com os seguros privados, se caracteriza pelo caráter privado da elegibilidade ao plano. Esses seguros não são contemplados no escopo da regulação da ANS/MS, de modo que é uma informação que só é possível acompanhar pela PNAD/IBGE. Segundo as informações da PNAD/IBGE de 2003, naquela época 20,9% da população com dupla cobertura tinha seguro público (SANTOS, 2009), tendo ocorrido um ligeiro aumento da parcela da população com este tipo de seguro para 22,5% da população com dupla cobertura nas informações da PNAD/IBGE de 2008 (IBGE, op. cit.).

Uma forma de verificar a desigualdade na cobertura duplicada é pela relação desta população com sua renda: verifica-se uma acentuada concentração de pessoas com seguro privado entre os mais ricos se comparada aos grupos mais pobres. Os dados da PNAD/IBGE de 2003 e 2008 mostram que, associada à desigualdade de renda da população, é a cobertura de seguro privado que funciona como indicador comumente utilizado com aproximação (**proxy**) da renda, informação esta também verificada pela quantidade de anos de estudo (BAHIA et al., op. cit.). Para se ter ideia do grau de desigualdade, 82,5% da população que tinha seguro em 2008 tinha renda domiciliar per capita maior que 5 salários mínimos.

Como ocorre também nos países desenvolvidos, além da distribuição da taxa de cobertura de seguro privado estar associada à concentração da renda, está também associada a regiões mais populosas e industrializadas, municípios de grande e médio porte e a emprego formal. No Brasil, verifica-se que a desigualdade entre os com cobertura duplicada também é regional, pois a população coberta por seguro privado é maior no sudeste do país, entre os que moram nas grandes cidades e entre os que têm emprego formal, cujo vínculo ao seguro se dá por intermédio do emprego (planos coletivos), como mostram o trabalho de Albuquerque et al. (op. cit.) e a PNAD/IBGE-2008 (op. cit.).

A distribuição etária da população que possui seguro privado de saúde é diferente daquela da população brasileira. A pirâmide etária da população brasileira tem uma base maior, enquanto a da população que tem seguro é menor. Além disso, se observa uma concentração maior de idosos (60 anos ou mais) entre os que têm seguro privado, o que faz com que o topo de sua pirâmide seja maior que o de toda a

população brasileira. Isso mostra que a população com seguro, que é mais rica, tem maior longevidade em relação àquela de todo o país.

A população com cobertura duplicada tem também diferente perfil de mortalidade que a de todo o Brasil, com predomínio de doenças crônico-degenerativas incidindo em uma população mais idosa (perfil semelhante ao de países desenvolvidos). Embora as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias ocupem posições importantes em toda a população, estas causas têm maior participação percentual na mortalidade dos segurados (SASSON et al., op. cit.). Assim, a população coberta por seguro privado tem perfil semelhante ao de países desenvolvidos, com predomínio de doenças crônico-degenerativas incidindo em uma população mais idosa.

Era esperado que a população com dupla cobertura, que é mais rica que o restante dos brasileiros, fosse também mais longeva e com perfil diferenciado de morbimortalidade, mas deve ser destacado que essa associação é também um ônus para as operadoras devido aos reflexos no custo da assistência à saúde de seus segurados.

4.2 | Os Subsídios Fiscais e o Gasto com Saúde

Estimativa feita por Carvalho (2011) mostrou que no Brasil gastou-se mais de 8% de nosso PIB com saúde em 2009, o que seria um ótimo patamar se comparado ao gasto de países europeus e da OCDE, não fosse a composição desse gasto. Se naqueles países, 80% do gasto com saúde é público (SANTOS, op. cit.), aqui apenas 47% o é, significando somente 4% do PIB e cerca de R\$ 127 bilhões (Tabela 9).

Tabela 9. Composição das Fontes de financiamento do setor de saúde. Brasil, estimativa para 2009

| FONTES DE FINANCIAMENTO | R\$ bilhões | % Público e % Privado | % TOTAL | % PIB |
|--|-------------|-----------------------|------------|------------|
| Federal | 58 | 46 | 22 | 1,9 |
| Estadual | 34 | 27 | 13 | 1,0 |
| Municipal | 35 | 27 | 13 | 1,1 |
| Total Público | 127 | 100 | 47 | 4,0 |
| Seguros Privados | 64 | 45 | 24 | 2,0 |
| Gasto Privado Direto (<i>exclusive médico</i>) | 24 | 17 | 9 | 0,8 |
| Medicamentos | 55 | 38 | 20 | 1,7 |
| Total Privado | 143 | 100 | 53 | 4,5 |
| Total Brasil | 270 | – | 100 | 8,5 |

Fonte: Carvalho 2011.

Em relação ao gasto privado, o desembolso direto efetuado pelas famílias, excetuados os gastos com medicamentos e os com seguros privados, correspondeu a apenas 17% do gasto privado naquele ano. Entretanto, o gasto com medicamentos, o qual é extremamente regressivo, como será mostrado adiante, foi muito expressivo, ou seja, de R\$ 55 bilhões, representando quase 40% do gasto privado.

Mas o principal responsável pelo gasto privado é o mercado de seguros privados, expressando importante investimento de recursos financeiros no setor de saúde: 45% do gasto privado e quase $\frac{1}{4}$ do gasto total com saúde no país em 2009. Note-se que a parcela do gasto privado com saúde que se destina ao pagamento de mensalidade de seguro privado, que somou R\$ 64 bilhões em 2009, aumentou para R\$ 72,7 bilhões no ano seguinte, conforme receita informada pelas operadoras à ANS para o ano de 2010 em publicação mais recente da ANS (MS, 2011).

Estas informações, comparadas a de outros países que possuem sistema nacional de saúde, mostram que o Brasil tem muito baixa participação no gasto público e muito alta no gasto privado, sobretudo nos seguros privados. Há anos mantém-se uma composição semelhante a dos Estados Unidos, que não têm sistema nacional de saúde.

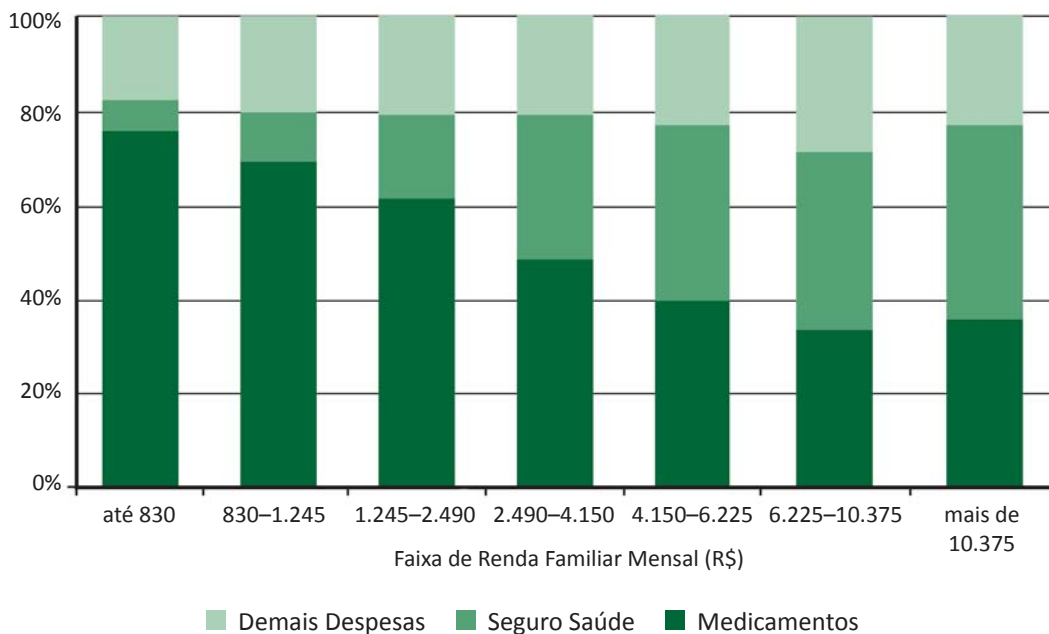
O peso do gasto privado direto é importante para indicar a distribuição dos gastos por nível de renda, pois embora as pessoas que têm menos renda gastem menos, o peso desse gasto sobre suas rendas é muito maior que o ocorrido entre os com maior renda. A regressividade do gasto privado direto das famílias brasileiras é mostrada por diversos autores (MENEZES et al., 2006; DINIZ et al., 2006). A análise dos microdados da POF/IBGE-2003 por décimo de renda familiar per capita feita por Ugá e Santos (op. cit.) mostra como as famílias do décimo mais rico gastaram proporcionalmente menos de sua renda com medicamentos (42% de suas rendas) que as mais pobres (83%) em 2002, provavelmente pela maior disponibilidade que têm para gastar com os demais itens, como tratamento dentário e hospitalizações/serviços cirúrgicos, cuja proporção é maior entre os 10% mais ricos que entre os demais brasileiros.

Os dados da POF/IBGE-2008 disponibilizados por Silva e Vianna (2011) não permitem a comparação com a análise feita por Ugá e Santos (op. cit.) por estarem distribuídos em classes de rendimento familiar segundo o salário mínimo e não décimo de renda, além de mostrarem apenas o gasto privado com saúde e não seu peso sobre a renda, mas permite constatar que esta desigualdade se manteve grande entre 2003 e 2008, onerando os mais pobres.

O Gráfico 3 mostra que para as famílias que recebiam até R\$ 830 mensais, 76% do gasto privado com saúde se destinava à aquisição de medicamentos. A parcela do gasto com medicamento no gasto privado familiar com saúde vai diminuindo progressivamente do patamar dos 70%, chegando a 34% do gasto das famílias mais

ricas (que recebem mais de R\$ 10.375 mensais), ao mesmo tempo em que o gasto com seguros privados vai aumentando conforme a faixa de renda.

Gráfico 03. Distribuição do Gasto Privado com Saúde. Brasil, 2008.



Fonte: POF/IBGE-2008.

Nota: Elaborado a partir de informações disponibilizadas em Silva e Vianna (2011).

Uma limitação a ser destacada é que o gasto privado direto aqui considerado se restringe àquele efetuado pelas famílias brasileiras, de modo que não está contabilizado o gasto privado direto realizado por empresas. Além disso, também não estão contabilizadas as diversas outras rubricas que foram tratadas no Relatório das CSS do IBGE (2008a), as quais foram tratadas na Seção 1.

A partir das informações do gasto com saúde de Carvalho (op. cit.) é possível calcular os valores *per capita* disponíveis ao SUS e ao segmento complementar². Enquanto o gasto público foi de R\$ 665 por habitante em 2009, o do segmento complementar foi de R\$ 1.526 por segurado em 2009. Ou seja, o valor per capita disponível no segmento complementar é 2,3 vezes maior que o do SUS.

² Esse dado é uma estimativa para a qual foi considerada no denominador do gasto público toda a população. A fonte foi o Censo Populacional do IBGE de 2010 (190,7 milhões de habitantes), uma vez que esse número é menor que as estimativas populacionais do IBGE para 2009 (191,5 milhões de hab.). Optou-se por usar o ano de 2010 pela melhor qualidade da informação do Censo. Para o gasto do segmento complementar foi considerada a quantidade de segurados com planos de assistência médica em dezembro de 2009, informados à ANS em março de 2011 (41,9 milhões).

O mencionado gasto com saúde não contabiliza outros gastos, como os previstos em lei para elaboração do orçamento anual da União com a assistência médica e odontológica a servidores públicos e empregados das três esferas de governo, inclusive das entidades da administração indireta (BRASIL, 2006) e das Forças Armadas (BRASIL, 2007). Para se ter uma noção da dimensão desse gasto, em 2006 estavam previstos aproximadamente R\$ 2 bilhões para serem gastos em 2007. Outra publicação, do CRM e Idec (2007), mostrou que o valor previsto para ser gasto apenas com os planos de servidores federais em 2005 foi de cerca de R\$ 980 milhões.

Além disso, não foi contabilizado no gasto total com saúde o gasto público indireto, que resulta das desonerações fiscais para determinadas despesas. Uma destas é com saúde. O Ministério da Fazenda entende que a não arrecadação destes recursos em determinado ano e, portanto, a não incorporação destes à receita pública do ano seguinte, faz com que devam ser contabilizados como gastos indiretos do Governo Federal, a serem realizados neste ano seguinte, compondo, assim, o gasto tributário.

Os subsídios fiscais são parcela do gasto com saúde com um importante componente de iniquidade. Atualmente, tal discussão está presente tanto em diversos trabalhos científicos, entre eles os de Ocké-Reis (OCKÉ-REIS e SANTOS, 2011; OCKÉ-REIS, 2013) e o de recente número da Revista Lancet, que destaca em um de seus *viewpoints* a necessidade de “aumentar substancialmente o orçamento público para o setor, reduzindo os subsídios públicos ao setor privado” (VICTORA et al., 2011:97), assim como na agenda política, da qual é exemplo a recente discussão sobre a ampliação dos subsídios pela permissão de desconto de até R\$ 500,00 para o pagamento de seguro privado para empregados domésticos (O GLOBO, 2011).

Deve ser destacado que, se por um lado, a diminuição da arrecadação fiscal reflete menor capacidade de produção e investimento do Estado que poderia se destinar a políticas redistributivas, por outro lado, no caso dos gastos privados diretos e dos gastos com seguro privado que geram deduções sobre o Imposto de Renda (IR) devido, a aplicação do gasto tributário e a correspondente alocação do recurso se dá favorecendo os extratos de maior renda da população. Segundo informações do Ministério da Fazenda, são os 15% mais ricos que declaram IR (ANDREAZZI e OCKÉ-REIS 2007), que corresponde ao setor mais privilegiado da sociedade, o que torna a possibilidade de dedução dos gastos privados com saúde uma regressividade do ponto de vista da equidade no financiamento (UGÁ e SANTOS, op. cit.); e, além disso, a renúncia favorece a expansão da assistência à saúde privada e das empresas de seguro privado de saúde, refletindo no investimento no setor privado em detrimento de um possível investimento no sistema público (OCKÉ-REIS, 1995; DAIN et al., 2001; MÉDICI, 1990; ANDREAZZI, 1991, apud ANDREAZZI e OCKÉ-REIS, op. cit.).

Para se dimensionar os gastos tributários indiretos provenientes de desonerações fiscais para gastos relacionados à saúde, as estimativas da Secretaria da

Receita Federal do Ministério da Fazenda (SRF/MF) mostram que esses valores não são irrisórios (sobretudo se comparados à receita do MS) e vêm crescendo paulatinamente: se em 2003 as desonerações totalizavam R\$ 2,1 bilhões (MF, 2002), em 2010³ chegavam a R\$ 12,3 bilhões (MF, 2009), uma variação de 483%.

A Tabela 10 mostra a composição das desonerações fiscais divulgadas pela SRF/MF para despesas com saúde de 2003 a 2010. Em 2010, as deduções do montante devido do IRPF e do IRPJ referente às despesas privadas com saúde foram as mais expressivas entre essas deduções setoriais (respectivamente 27% e 24%), seguidas dos descontos tributários concedidos à indústria farmacêutica em forma de crédito presumido da contribuição para PIS/PASEP e COFINS para a industrialização ou a importação de medicamentos constantes em relação definida em lei. A partir de 2005 passou-se a contabilizar os gastos com as isenções das entidades sem fins lucrativos de pagamento à CSLL e COFINS (21%) e, mais recentemente, os gastos com produtos químicos e farmacêuticos, que representam uma parcela menor dos gastos públicos indiretos com saúde se comparado aos demais.

Tabela 10. Desonerações Fiscais no setor Saúde. Valores Estimados em milhões de R\$. Brasil, 2003, 2007, 2008 e 2010.

| Benefício Tributário | 2003 | 2007 | 2008 | 2010 |
|---|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| IRPF (Despesas Médicas) | 1.265,6 | 2.271,2 | 3.086,3 | 3.325,3 |
| IRPJ (Assistência Médica, Odont. e Farmacêutica a empregados) | | 1.882,9 | 1.965,0 | 2.961,3 |
| Entidades sem fins lucrativos — Assistência Social* | | 1.638,7 | 1.669,6 | 2587,1 |
| Indústria Farmacêutica (Medicamentos)** | 847,9 | 1.974,0 | 2.182,7 | 2507,2 |
| Produtos Químicos e Farmacêuticos | | | | 951,4 |
| Total Saúde | 2.113,5 | 7.766,8 | 8.903,6 | 12.332,3 |

Fonte: Elaborado a partir das informações do Ministério da Fazenda, Secretaria da Receita Federal.

(*) Entidades sem fins lucrativos: isenção da CSLL e da Cofins passou a ser contabilizado em 2005.

(**) Crédito presumido da contribuição (para PIS/PASEP e COFINS). Regime especial de crédito presumido da contribuição pelas empresas que procedam à industrialização ou à importação dos medicamentos constante da relação definida em Lei.

Se observarmos a evolução de 2007 a 2010 desses tributos, agrupados pelo potencial dinâmico com que interferem no setor Saúde (Gráfico 4), de longe vemos que os subsídios para o Imposto de Renda (agrupados IRPF e IPPJ) constituem o grupo mais expressivo, embora com a menor variação (51%). Os subsídios para a manutenção e o desenvolvimento da indústria química e farmacêutica estão em segundo lugar e com a maior variação (75%), seguidos das entidades filantrópicas que configurariam o

3 Cálculo realizado a partir dos dados da receita tributária arrecadada em 2009.

terceiro grupo, com uma variação de 58%. A distribuição do benefício do IR é diferente da dos demais subsídios, uma vez que este atua em prol de pessoas/empresas com possibilidade de realizar o gasto privado e os demais subsídios beneficiam as empresas. Essa análise é importante por mostrar a tendência ao crescimento do incentivo governamental para o desenvolvimento da indústria química e farmacêutica por meio de descontos tributários para a produção neste ramo da economia.

A Receita Federal não disponibiliza a informação desagregada para as desonerações de recursos destinados ao pagamento de seguro privado de saúde, exames laboratoriais, profissionais de saúde e assistência hospitalar, informações que permitiriam uma análise mais aprofundada sobre a relação entre os subsídios e o tipo de gasto com saúde.

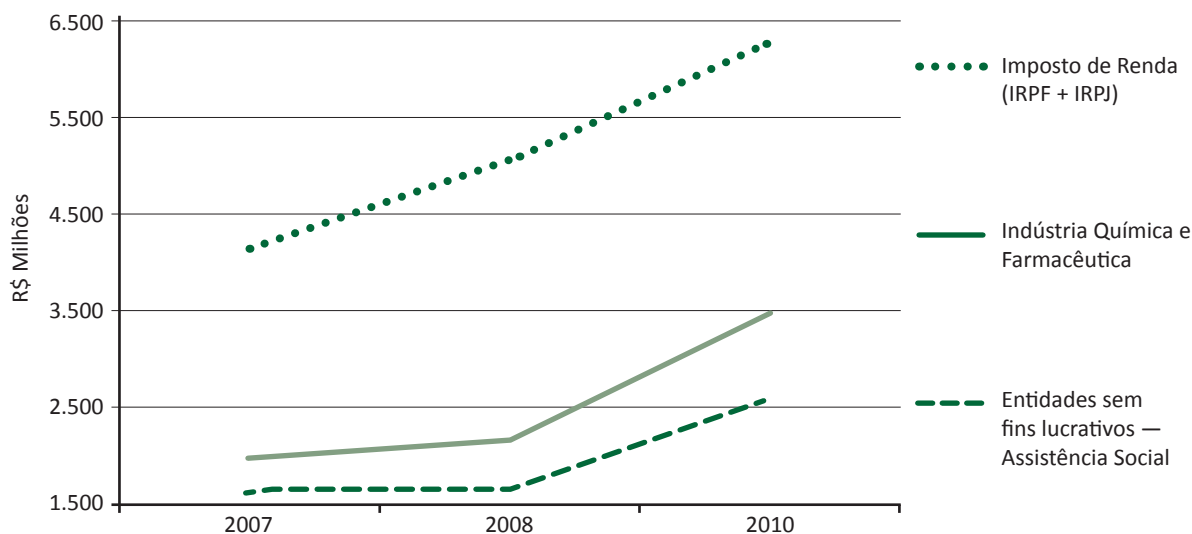
Além disso, há indícios de que os valores das desonerações sejam muito maiores (NORONHA et al., op. cit.), pois o valor declarado à ANS como receita das operadoras de planos privados alcançou R\$ 72,7 bilhões em 2010 (MS, 2011) e mesmo que tais valores estivessem sendo totalmente contabilizados no cálculo do imposto devido, não corresponderiam aos R\$ 3,3 bilhões informados pelas pessoas jurídicas à Receita⁴. A mais detalhada análise feita nesse sentido mostrou que o gasto tributário com plano de saúde em 2011 foi de R\$ 7,767 bilhões, mais da metade dos gastos tributários daquele ano (R\$ 15,807 bi) e, mais importante, em torno de 10% do faturamento das operadoras de planos privados de saúde, que foi de R\$ 84,6 bi em 2001 (OCKÉ-REIS, 2013).

Existem outras formas de desoneração fiscal além das mostradas, que não estão contabilizadas como gastos tributários indiretos com saúde e que interferem no *mix* público-privado do setor de saúde. Uma delas é a feita para as operadoras de seguro privado. Isso ocorre com os hospitais filantrópicos que operam seguros e têm deduções devido ao certificado de filantropia, com as cooperativas médicas que não pagam alguns tributos e com deduções de tributos estaduais e municipais para casos específicos, decididos fora da esfera federal de governo. Entretanto, não foram encontradas informações oficiais para dimensionar tais desonerações.

A análise das desonerações deve ser acrescida de outros montantes de recursos que não são contabilizados no gasto total com saúde. São os destinados a programas fora da rotina de gastos do Ministério da Saúde e que interferem na composição do *mix* público-privado, como os valores (i) previstos no PAC Saúde (Programa de Aceleração de Crescimento) para investimento no segmento suplementar, por exemplo, para a portabilidade e o fundo garantidor de operadoras e (ii) os referentes à política de desenvolvimento produtivo do governo, que concede financiamento para fortalecer o complexo industrial da saúde por intermédio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

⁴ Um dos fatores que certamente contribui para isso é a possibilidade das empresas empregadoras informarem o gasto com saúde no IR como custo operacional.

Gráfico 04. Desonerações Fiscais no setor de saúde. Valores Estimados em milhões de R\$. Brasil, 2007, 2008 e 2010.



Fonte: Elaborado a partir de informações do Ministério da Fazenda, Secretaria da Receita Federal.

Queremos aqui reforçar o argumento de Ocké-Reis (2008, 2011) a favor da ampliação do financiamento público para a saúde no Brasil. O autor mostrou uma variação dos gastos do Ministério da Saúde, entre 2003 e 2007, bem menor do que a dos gastos tributários no mesmo período, o que representou uma política em que “o próprio Estado patrocinou o sistema privado, em particular o mercado de planos de saúde e de serviços médico-hospitalares” (OCKÉ-REIS, 2011, *ibid.*). Acrescentamos que uma eventual diminuição do subsídio não significaria a aplicação imediata desse recurso no setor Saúde, menos ainda no sistema público de saúde. Mas uma política dessa natureza corresponderia a um menor patrocínio do Estado ao sistema privado, concomitante ao aumento da receita total pública, o qual permitira ao setor Saúde negociar junto ao governo um aumento do financiamento federal do SUS.

A política específica de criação do subsídio no Imposto de Renda, com posterior expansão e atual manutenção, faz parte do contexto de subfinanciamento do sistema público de saúde realizado pelo nível federal, que pode ser observado em diferentes ângulos e traz consequências danosas ao SUS. Ela ocorre desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, quando, em primeiro lugar, o subfinanciamento ocorre (mas não por ordem de importância), pelo aumento das desonerações para gastos privados com saúde, inicialmente com limites de gastos e, a partir de 1991, com o fim do limite para o cálculo do imposto devido já no ano-base de 1990 (ANDREAZZI e OCKÉ-REIS, *op. cit.*). Em segundo lugar, a política macroeconômica de ajuste fiscal e manutenção da DRU potencializa o baixo

percentual do PIB gasto com saúde pública (3,7% do PIB quando nos países europeus varia de 6 a 8%).

Além disso, um terceiro ponto a ser destacado é que a manutenção do montante dos escassos recursos federais aplicados no SUS depende de constante embate político na Comissão Intergestores Tripartite para garantir, pelo menos, a manutenção do gasto como a do ano anterior (SANTOS, no prelo). Inclusive este é um dos motivos pelo qual urge o estabelecimento de um percentual do total da receita pública a ser destinado ao SUS, sem vinculação a qualquer tributo para evitar as variações políticas de cada governo em pró ou não do SUS, que podem influenciar no maior ou menor investimento sobre a arrecadação do tributo.

Essa política de não privilégio do SUS desde a sua promulgação, feita por todos os governos federais eleitos no período, reflete-se na constante diminuição da participação federal no financiamento público, o qual depende cada vez mais da participação dos estados e dos municípios, o que ocorreu graças à Emenda Constitucional n.º 29/2000.

Deve ser destacada a relação entre a política de saúde implementada e o compromisso que têm os que a defendem. O estudo de Bahia e Scheffer (2011) realizado com base em dados do Tribunal Superior Eleitoral mostrou como o volume de recursos investidos por empresas de planos privados nas campanhas eleitorais identificáveis⁵ é grande (R\$ 11,8 milhões em 2010) e aumentou em 746% de 2002 para 2010, tendo contribuído em 2010 para a eleição de 38 deputados federais e 26 estaduais, 3 senadores, 4 governadores e a presidenta Dilma. Os autores salientam que o comprometimento político pode interferir não apenas em defesa de interesses das empresas financiadoras, como também na escolha de dirigentes de instituições públicas, na definição de critérios de desonerações fiscais, numa política de descrédito ao SUS, tanto em comissões parlamentares como na bancada da saúde, resultando, por exemplo, em incentivo à fila dupla e contratos e convênios do SUS com planos de saúde, como ocorreu em São Paulo no debate sobre o projeto de Lei sobre o tema, devendo, portanto, ser monitorado pela sociedade.

Nesse sentido, parece impossível diminuir o subsídio no contexto político brasileiro, mas outros países o fizeram há relativamente pouco tempo. Ainda são poucos os estudos específicos sobre subsídios no financiamento do setor de saúde, como os de Evans (2002), Wagstaff et al. (1999), Rodríguez (2008) e Pereira (2006). Esses trabalhos mostram que nos Estados Unidos, por exemplo, existe subsídio sobre os gastos diretos e sobre os gastos com seguro privado, sendo que os feitos pelas empresas empregadoras são estimados como consideravelmente grandes. Em Portugal há subsídio para os gastos privados realizados pelas pessoas físicas, sejam diretos

5 Não contabilizados o caixa dois e as doações “ocultas”, isto é, destinadas aos partidos e não ao candidato.

(dedução integral) ou com seguro privado (dedução limitada), na Irlanda os subsídios são para os gastos realizados pelas pessoas físicas com seguro privado. Alemanha e Itália também subsidiam os gastos privados diretos e os com seguro privado. O Canadá subsidia somente os gastos privados diretos. A França não subsidia gastos privados e outros países que o faziam acabaram com essa possibilidade, como Espanha (em 1999), Finlândia, Suécia e Reino Unido. A exemplo dos demais casos, é uma pauta plausível na agenda política brasileira a discussão sobre o término das deduções dos gastos privados sobre o IR, senão total, mas pelo menos que voltem a ser limitados, como é feito atualmente para os gastos privados com educação.

Sobre o eterno debate entre gestão e financiamento, equivocadamente divulgado como dicotômico, é claro que temos graves problemas de gestão. E não necessariamente melhorariam com mais recursos aplicados em saúde. Mas, diante do contexto exposto, não há como negar o argumento inverso, de que “boa parte dos problemas de gestão decorre do financiamento” e “a melhoria da qualidade dos gastos pode exigir a aplicação de mais recursos financeiros. Com pouco dinheiro é improvável melhorar o SUS e torná-lo acessível com qualidade a todos os brasileiros” (OCKÉ-REIS, op. cit.). Resta-nos aumentar o enfrentamento político aos interesses contrários ao aumento do financiamento público para o SUS.

Para analisar os efeitos dos subsídios sobre a política social é importante contemplar a classificação que Evans (op. cit.) faz ao diferenciá-los em dois tipos, que muito nos auxilia a pensar o caso brasileiro.

Um é o subsídio explícito (*overt*), que corresponde a um mesmo recurso e benefício que todos podem ter, independente das características do indivíduo beneficiado. Exemplo deste tipo de subsídio é o caso do desempregado no sistema de seguro social, onde ele continuaria recebendo a cobertura de serviços de saúde sem ter que contribuir financeiramente para o seguro pelo fato de não estar recebendo salário.

O subsídio implícito (*covert*) é diferente do explícito por variar em cada caso, para cada indivíduo, de forma que a sociedade não fica sabendo em quanto cada indivíduo foi beneficiado. Este subsídio beneficia cada indivíduo de acordo com suas características e requisitos, como renda, etc. Costuma ocorrer por meio de deduções sobre os recursos calculados como tributos a serem pagos. Assim, o benefício do indivíduo dependerá tanto de sua condição inicial de renda, isto é, do montante de recursos que seria pago como tributo, como da extensão do gasto realizado⁶. É o caso das deduções dos gastos com saúde do IRPF e IRPJ permitidas no Brasil.

6 A dedução de um mesmo valor referente a determinado gasto com saúde a ser deduzido do imposto de renda devido por um indivíduo vai ter diferente efeito sobre os diversos segmentos populacionais, porque a dedução varia também de acordo com o tamanho da renda e do imposto devido por cada pessoa. Além disso, o tamanho do gasto também é variável, uma vez que as pessoas com maior nível de renda tendem a realizar maiores gastos que as com menores níveis de renda. O mesmo ocorre com os gastos das empresas deduzidos do imposto de renda de pessoa jurídica.

Devemos destacar que o subsídio implícito tem um caráter muito mais negativo, decorrente do fato de que, segundo o ideário da proteção social com acesso gratuito universal e integral dos serviços, o financiamento dos serviços deveria ser realizado para o sistema estatutário e não para serviços de escolha privada.

Ademais, o montante que deixará de constar na receita dos cofres públicos devido ao subsídio implícito é imprevisível antes de ocorrido e de difícil conhecimento depois de ocorrido. Os indivíduos nunca saberão explicitamente o valor que conhecidos e desconhecidos seus puderam deduzir do imposto de renda que deviam. Como o gasto é deduzido do montante a ser pago, nesse sistema as pessoas com maior renda são mais beneficiadas que as de menor renda. Evans (op. cit.) aponta que esse fato, independentemente da dedução ser integral ou parcial em relação ao gasto, acarreta o efeito regressivo que o subsídio variável tem sobre o financiamento setorial.

O efeito que o subsídio implícito pode causar sobre a progressividade do financiamento do setor Saúde relativiza o consenso de que o financiamento setorial realizado por fontes públicas, isto é, derivado dos tributos, seja sempre mais progressivo que o realizado de forma privada e interfere sobre o *mix* público-privado. Nos casos de países com esse tipo de subsídio, o grau de regressividade pode ser tão alto que acabe interferindo na progressividade do financiamento setorial como um todo, como no caso da Irlanda (EVANS, op. cit.).

Outra questão apontada é o risco de que a pressão que os Estados têm para conterem o gasto público possa levar ao aumento da prática do subsídio implícito, por este ser encoberto e não explícito. Segundo Evans (op. cit.), numa situação hipotética, os governos europeus poderiam ceder à pressão do mercado em favor desse tipo de subsídio, incentivando gastos fora de seus controles e fundos, ao mesmo tempo em que conseguissem manter a aparência de cuidadosos com o financiamento público setorial. Aí reside a perversidade do subsídio implícito, pois este tipo de acontecimento não seria facilmente aceitável pela população caso o processo fosse explícito.

Os apontamentos de Evans (op. cit.) mostram que os possíveis efeitos dos subsídios sobre o financiamento setorial devem ser contemplados no *mix* público-privado dos sistemas de saúde e ter sua tendência monitorada para uma análise completa do relacionamento entre o que é do interesse público e o que é do privado nos sistemas de saúde. Uma última lição que se destaca dessa discussão é a de que, quando se fala a favor ou contra os subsídios para gastos com saúde no Brasil, é preciso distinguir o tipo de subsídio para embasar a proposta adequadamente.

4.3 | Oferta de Serviços de Saúde

A oferta de serviços de saúde no Brasil é feita pelo SUS e pelo mercado privado. Para mensurá-la foram utilizadas informações da Pesquisa Assistência Médico-

Sanitária (IBGE, 2005 e 2009), que coleta dados sobre a rede instalada de serviços. Como esta pesquisa mensura a quantidade de recursos e não a sua produção, a análise de seus resultados deve levar em conta esta limitação, que buscou ser enfrentada na Seção 1.

Como visto, mesmo com a grande importância da natureza privada do prestador da assistência hospitalar, a provisão dos serviços se destina predominantemente ao setor público. Assim, o SUS utiliza os hospitais próprios e também contrata e convenia hospitais privados para a prestação dos seus serviços, sendo que é contratada ou conveniada ao SUS a grande parte dos hospitais e leitos privados existentes no país. Restam para uso privado os leitos não contratados ou conveniados ao SUS e que, portanto, oficialmente — não necessariamente na prática — estariam disponíveis para serem utilizados para serviços financiados pelo desembolso direto ou por meio dos seguros privados. O mesmo se aplica aos equipamentos.

Além dos leitos privados, a oferta de serviços para consumo privado pode contar com alguns leitos públicos, pois uma pequena parte dos leitos públicos não está classificada pela AMS/IBGE como de leitos próprios do SUS. Estes leitos podem estar sendo usados pelo mercado privado, podendo pertencer a hospitais universitários e a alguns hospitais públicos que têm contratos com seguros privados ou, ainda, podem pertencer a hospitais militares e instituições de previdência estadual e municipal, sendo usados para planos chamados de públicos (como de militares e de servidores públicos).

Destaque-se que, como mencionado por Santos et al. (2008), existem algumas limitações a serem consideradas numa análise de disponibilidade comparada de oferta, uma vez que pode haver superestimação e subestimação: (i) os estabelecimentos privados que oferecem leitos e equipamentos ao SUS também o fazem para a clientela dos seguros privados, bem como para os que pagam diretamente pelo serviço e (ii) muitos leitos e equipamentos que oficialmente são reservados ao SUS podem, na prática, ser utilizados para pacientes privados.

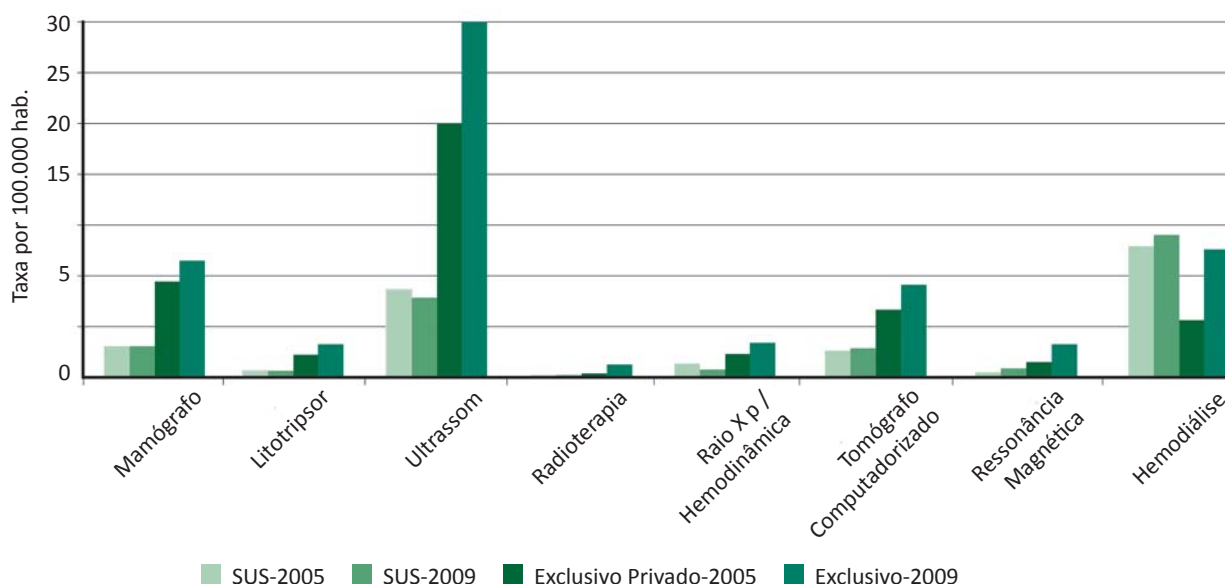
A comparação da disponibilidade de equipamentos de média e alta complexidade foi feita entre os ofertados pelo SUS (incluídos os privados contratados e os conveniados) e os disponíveis para uso exclusivamente privado. A partir das informações da AMS-IBGE de 2002 e 2005 foram calculadas as taxas de equipamento de média e alta complexidade por 100.000 pessoas (Gráfico 5), tendo sido considerada toda a população brasileira no cálculo da disponibilidade do SUS e os beneficiários de seguros com assistência médico-hospitalar para verificar as desigualdades na oferta entre a população com e sem cobertura duplicada.

Verifica-se que a disponibilidade de equipamentos é muito maior para a clientela de seguro privado para a quase totalidade dos equipamentos analisados entre 2005 e 2009. Além disso, houve um grande aumento na taxa por 100 mil habitantes/

segurados de todos os equipamentos, especialmente nos de hemodiálise, cuja oferta era basicamente pública em 2005. Em 2009, como mostrado na Seção 1, a quase totalidade da capacidade instalada é privada, mas, mesmo com o enorme crescimento da oferta desses aparelhos, a disponibilidade ainda continua sendo maior para uso pelo SUS.

Mais instigante ainda é a análise da relação entre essas disponibilidades (Tabela 11), quando vemos que, se em 2005 havia até sete vezes mais aparelhos de ressonância magnética para serem usados pelos segurados por meio do seguro do que para serem usados pela população brasileira por meio do SUS, em 2010 eram 10 vezes mais aparelhos de RM. Essa diferença explica o aumento de aparelhos no período, como apontado na Seção anterior, e mostra que o aumento ocorreu, mas com maior disponibilidade para uso fora do SUS. Além disso, de 2005 para 2010 passaram de cinco vezes mais para sete vezes mais mamógrafos a serem usados pelos beneficiários de plano privados que pelos usuários SUS, e assim por diante (de 4 vezes mais litotripsores para 6 vezes mais, de 4 vezes mais tomógrafos computadorizados para 7 vezes mais, de 1,6 vezes mais aparelhos para radioterapia para 2,9 vezes mais, etc.).

Gráfico 05. Evolução do número de equipamentos de Média e Alta Complexidade/Alto Custo, por 100.000 habitantes/segurados, segundo disponibilidade SUS e exclusividade privado. Brasil, 2005 e 2009



Fontes: Elaboração própria a partir de AMS/IBGE-2005 (disponibilizado em Santos et al, 2008) e 2009.

Notas: Para cálculo da disponibilidade SUS: População brasileira estimada pelo IBGE para 2005 (183.798.218) e Censo Demográfico 2010 (190.755.799).

Para cálculo da disponibilidade para segurados: beneficiários com planos médico-hospitalares, SIB/ANS/MS (35.151.348 em dez 2005 e 41.923.639 em dez 2010).

Tais resultados mostram que a oferta desses equipamentos é muito maior para o segmento complementar que para o SUS. Entretanto, ainda ocorre o inverso com os aparelhos para hemodiálise, cuja disponibilidade para serem usados por meio de seguro ainda é menor que a para serem usados por meio do SUS, mesmo com todo o aumento ocorrido no período.

Note-se que essas desigualdades refletem a média brasileira e não mostram as desigualdades inter-regionais, que, dependendo da região, podem ser maiores ou menores, como mostrou o estudo de Vianna et al. para o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2005), sobre alguns equipamentos de alta complexidade a partir dos dados da AMS/IBGE de 1999 e de 2002.

Mas o mais importante de toda a análise das desigualdades na oferta é que a grande parte dos leitos, equipamentos e unidades hospitalares privados e dos profissionais de saúde é compartilhada entre SUS e segmento complementar o que, sendo feito sem regras, permite aos prestadores a livre busca pela otimização da receita, combinando diferentes formas de trabalho, seja para o setor público, seja para o privado, configurando a mais desregulada dupla porta de entrada.

Tabela 11. Evolução da relação de equipamentos Exclusividade Privado/Disponibilidade SUS. Brasil, 2005 e 2009

| Equipamento | 2005 | 2009 |
|-------------------------|------|------|
| Mamógrafo | 4,9 | 6,8 |
| Litotripsor | 4,0 | 6,3 |
| Ultrassom | 5,2 | 8,4 |
| Radioterapia | 1,6 | 2,9 |
| Raio X p/ Hemodinâmica | 2,8 | 4,9 |
| Tomógrafo Computadoriz. | 4,1 | 7,4 |
| Ressonância Magnética | 6,7 | 10,4 |
| Hemodiálise | 0,3 | 0,9 |

Fontes e Notas: Ver Gráfico 5.

4.4 | Uso dos Serviços de Saúde

Mesmo com as limitações da pesquisa AMS/IBGE, é possível verificar algumas relações entre a oferta e o uso de serviços, pois a distribuição da oferta da assistência médico-hospitalar pelo SUS e pelo mercado privado se reflete na produção de serviços de saúde do país e na utilização segundo o agente financiador. Segundo análise de dados da PNAD/IBGE feita por Porto et al. (2006), entre as pessoas que foram

internadas em 2003, 70% foram pelo SUS, 25% por meio de seguro privado de saúde e 5% pagaram diretamente pela internação (gasto privado direto).

A taxa de uso de serviços de saúde se diferencia substancialmente se foi realizado pelo SUS, por meio de seguros privados ou pelo pagamento direto. A taxa de internação é um indicador de uso e que resulta, em parte, da disponibilidade de leitos. Assim, a distribuição da oferta de serviços para as internações no SUS e no segmento suplementar pode influenciar o uso de serviços nestes setores em prol da população coberta por seguro privado. Note-se que a fonte de dados utilizada é a PNAD/IBGE, que registra até uma internação por pessoa, de forma que este indicador não contempla as reinternações. A taxa de internação da população com seguro privado (8,3%) foi expressivamente maior que a da população brasileira como um todo (7%) em 2003 (SANTOS et al., op. cit.). É possível que esta desigualdade em favor dos cobertos por seguro privado tenha relação com a maior disponibilidade de leitos para uso por meio deste seguro que para a população brasileira para uso pelo SUS.

Ainda são poucos os trabalhos que mostram a fonte de financiamento segundo o tipo de serviço utilizado. Alguns trazem informações importantes para auxiliar a compreensão sobre quais serviços e em que condições a população com cobertura duplicada utiliza o SUS ou o seguro privado.

Um desses trabalhos é o de Pessoto et al. (op. cit.), que mostra que o tempo de espera por pacientes da Região Metropolitana de São Paulo é diferente segundo o tipo de estabelecimento procurado e se possuem seguro privado ou não. As pessoas com seguro privado esperaram em média 32 minutos pelo atendimento (41 minutos no pronto-socorro/hospital e 26 minutos em clínica/consultório), enquanto os sem plano esperaram 81 minutos, tendo esperado mais no pronto-socorro/hospital (87 minutos) que no posto/centro de saúde (80 minutos). O tempo médio para os que possuem plano diminui à medida que aumenta a renda, tendo passado de 46 minutos para os do primeiro quintil para 26 no quinto quintil. Entre os sem plano, passou de 78 minutos no primeiro quintil para 93 no segundo e depois começou a diminuir, até 70 minutos no quarto quintil, o último nível de renda para o qual havia informação desagregada consistente.

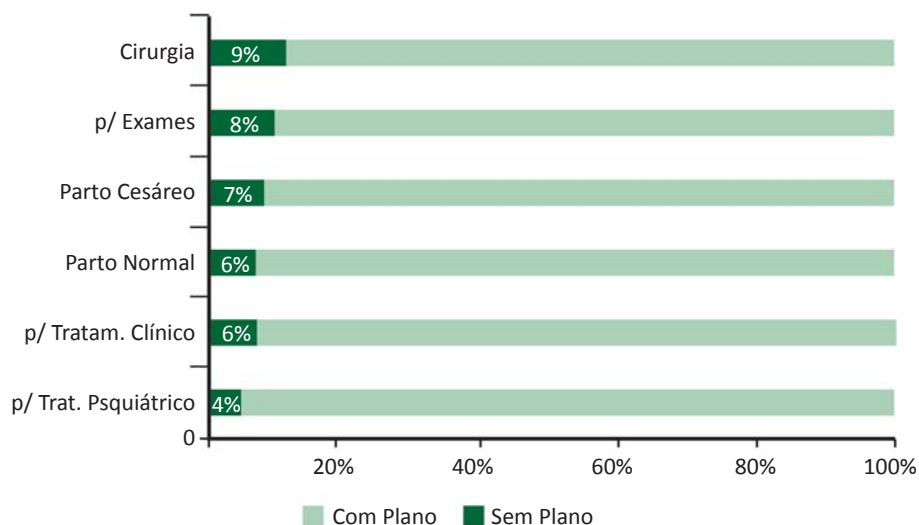
Como assinalam Cordeiro et al. (op. cit.) a espera é um fator importante na identificação de problemas do SUS e também já desponta no segmento suplementar devido a restrições de disponibilidade no agendamento de consultas, segundo mostram Conill et al. (op. cit.).

Em relação ao tipo de serviço de saúde utilizado, analisaremos as informações da PNAD/IBGE-2003 publicadas em 2008 por Santos et al. (op. cit.), tendo sido acrescida a seus resultados a variável “população sem seguro” que permite a comparação do uso segundo a posse de seguro privado. É possível acompanhar essa informação a cada publicação do Suplemento Saúde da PNAD, isto é, a cada cinco anos.

Entre os internados pelo SUS, em média 6,7% possuíam seguro privado, mas esse uso do SUS por segurados é proporcionalmente maior para as internações para realizar cirurgia (9,0%), exames (7,7%) e parto cesáreo (7,4%), conforme Gráfico 6.

Note-se que a população com cobertura duplicada usa proporcionalmente mais o SUS para parto cesáreo (7,4%) que para parto normal (6,0%) e a desagregação dos dados por nível de renda mostrou que esse uso aumenta simultaneamente com a renda, o que indica que as mulheres com cobertura duplicada e maior renda utilizam o SUS proporcionalmente mais para cesarianas que as com cobertura duplicada e menor renda.

Gráfico 06. População internada pelo SUS nos 12 meses anteriores à entrevista, segundo posse de seguro privado e tipo de serviço. Brasil, 2003



Fonte: PNAD/IBGE–2003, adaptado de Santos et al (2008).

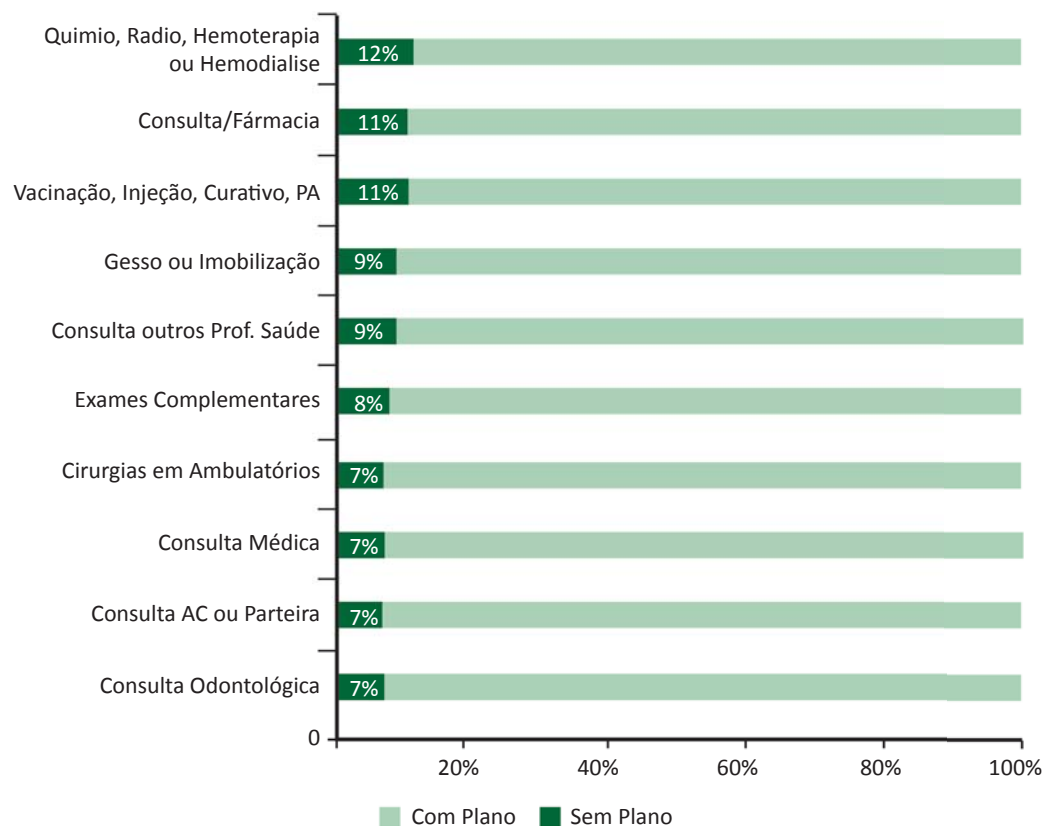
Notas: Elaborado a partir dos microdados PNAD/IBGE de 2003. Para o cálculo da taxa de uso de serviços de Seguro de Saúde foi considerada a população com planos públicos e privados, para SUS foi considerada a população do Brasil.

Também foi observada diferença no uso dos atendimentos, pois se 7,1% dos atendidos pelo SUS nas duas semanas anteriores à entrevista possuíam seguro privado (Gráfico 7), alguns serviços do SUS de alta complexidade foram proporcionalmente mais utilizados por pacientes com cobertura duplicada que outros, como alguns de alta complexidade (possuíam seguro 11,6% dos atendidos no SUS para quimioterapia, radioterapia, hemoterapia ou hemodiálise) e outros de baixa complexidade (possuíam seguro 11,0% dos atendidos no SUS para vacinação, injeção, curativo ou pronto atendimento), estes últimos geralmente não cobertos pelo seguro privado e, portanto, não configurando a duplicação de cobertura.

Por outro lado, entre os atendidos pelo SUS para consulta médica e para consulta de agente comunitário ou parteira, 6,5% tinha seguro, demonstrando uso proporcionalmente menor deste tipo de serviço.

Assim, alguns serviços do SUS são proporcionalmente mais usados por segurados que outros, tais como internações para realizar exames e parto cesáreo e alguns atendimentos de alta complexidade e outros de baixa complexidade, sendo certo que estes últimos geralmente não estão cobertos pelo seguro privado e, portanto, não configuram a duplicação de cobertura. Mas outros serviços são proporcionalmente menos usados pelos segurados no SUS, como consulta médica, consulta de agente comunitário ou parteira (SANTOS, 2009, op. cit.).

Gráfico 07. População atendida pelo SUS nos 2 meses anteriores à entrevista, segundo posse de seguro privado e tipo de serviço. Brasil, 2003



Fonte: PNAD/IBGE–2003, adaptado de Santos et al (2008).

Notas: Elaborado a partir dos microdados PNAD/IBGE de 2003. Para o cálculo da taxa de uso de serviços de Seguro de Saúde foi considerada a população com planos públicos e privados, para SUS foi considerada a população do Brasil.

Essas desigualdades ganham maior dimensão quando se observa o aumento da importância dos seguros privados para o financiamento dos serviços usados nas duas últimas décadas. Estudo da PNAD/IBGE realizado por Paim et al. (2011) mostra que, se em 1981, 75% dos entrevistados foram internados pelo sistema público e previdenciário e 6% pelo seguro privado, em 2008, foram 67% e 20%, respectivamente, configurando um brutal aumento do peso do seguro nas internações e a correspondente diminuição no sistema público. A proporção das internações financiadas pelo desembolso direto se manteve estável em 10% no período analisado.

A análise dos estudos empíricos não deixa dúvidas de que o problema a ser enfrentado está, mais do que no que é acrescido ao SUS (no suplementar), na cobertura duplicada, isto é, no que disputa com o SUS de maneira predatória aos direitos sociais e interesses públicos. Os resultados contribuem para a desmistificação de que o setor suplementar é o vilão do sistema de saúde e ressaltam a importância em examinar os problemas advindos da cobertura duplicada (SANTOS, 2011).

4.5 | Tendências do Mix Público-Privado e Papel do Estado na Regulação das desigualdades

4.5.1 | Discussão internacional

Quando observamos especificamente o setor Saúde, tem sido cada vez mais disseminada a crença no setor privado como alternativa ao descontentamento e às dificuldades encontradas no uso de serviços de saúde no setor público. Tal crença é reforçada pelo alto valor atribuído à escolha e pela convicção na maior eficiência do setor privado na gestão dos serviços, como apontou Maynard (2005a). Ainda, outro argumento também comumente utilizado em defesa do aumento do tamanho do setor privado e de sua autonomia é a sua suposta contribuição na diminuição da pressão sobre o sistema público.

Ao setor privado, entretanto, correspondem vários problemas sérios e que devem ser analisados. Um deles é a existência de evidências, como a de que os princípios do setor privado não garantem que este resolva *per se* o problema de iniquidade de acesso aos serviços de saúde (MAYNARD, op. cit.). Além disso, por operar sob a lógica de interesses privados, a existência e o funcionamento de serviços e profissionais de saúde no setor privado não são suficientes para que este se organize como sistema de saúde (RODRIGUES e SANTOS, 2008).

Ao contrário, a atuação do setor privado é influenciada pela motivação de obtenção de lucro que este setor persegue, e não pela solidariedade ou pelo direito de cidadania, que são valores necessários a um modelo de proteção social que não atribua ao indivíduo toda a responsabilidade por sua saúde.

A presença do setor público garante o poder de interferir nos resultados do sistema com políticas que contemplem com maior propriedade o interesse público. Como mostraram Contandriopoulos et al (1993, apud CONILL, 2006), a relação entre o controle dos custos e os resultados de saúde sofre interferência com presença do setor privado no financiamento. Diferentemente do setor público, o privado atende a demandas individuais e influencia a prestação de serviços e a organização do sistema de saúde por esses valores, ao invés de valores coletivos que poderiam gerar melhores resultados do ponto de vista da proteção social ao risco.

No caso do profissional médico, a origem do setor privado no setor Saúde está nos primórdios do exercício da medicina, do profissional médico que é um profissional liberal. Por este motivo, argumenta Maynard (2005b) que é da natureza do setor privado ser influenciado por motivações e interesses particulares dos profissionais de saúde, sobretudo dos médicos, que são profissionais liberais e com interesses inerentes ao setor privado, os quais convivem com sua atuação também no setor público, como mostra Saltman (2003), de forma a interferir também nas escolhas sociais e decisões políticas.

Essas crenças no setor privado e a esperança depositada no Estado para resolver os problemas de interesse público sempre orientaram o debate no *mix* público-privado no setor de saúde.

Mesmo com todas as mudanças ocorridas nos sistemas de saúde desde o final do século passado em consequência do questionamento do tamanho e das funções do Estado e do mercado nas sociedades, a disputa entre o público e o privado gera um movimento que não é exclusivo do final do século XX, pois é antigo e se fundamenta em correntes ideológicas antigas e novas.

Para Williams (2005) e Maynard (2005b), no plano das ideias, o debate sobre o *mix* público-privado é sustentado pelos que defendem a igualdade de direitos, os *egalitarians*, em contraposição aos dos que sustentam o direito ao livre arbítrio dos indivíduos, os *libertarians*. Atualmente, essa discussão é comumente traduzida pela que se dá entre o *welfarianismo* e o neoliberalismo. É um debate que diz respeito a todas as dimensões da sociedade, sendo a saúde um importante componente entre elas.

Para esses autores, as mudanças que ocorrem nos sistemas de saúde são frutos da constante reformulação das ideologias dos *egalitarians* e dos *libertarians* e da agregação de elementos que tratam dos problemas e contextos de cada época e sociedade.

Mas lembramos que se deve ter o cuidado de aprofundar a observação dos fundamentos da relação entre essas ideologias, de seu aparente antagonismo, para a sua essência, que remonta às origens destas e do capitalismo. O forte desenvolvimento do mercado ao longo dos últimos tempos — que, após a criação do sistema financeiro

bancário ganhou grandes proporções no início do século XX, sempre trouxe consequências danosas à população e, em especial, aos trabalhadores. Por este motivo, foi acompanhado do que o autor chamou de “contramovimento” (POLANYI, 2000: 161), que é a mobilização da própria sociedade em defesa dessa forma de organização da produção e da coesão social.

Por este raciocínio, o desenvolvimento das sociedades capitalistas se dá com base em dois princípios organizadores, que são o liberalismo econômico e a proteção social, mas que não são antagônicos, pois compõem um duplo movimento, em que um princípio leva ao outro. Enquanto o liberalismo foi desenvolvido de forma planejada, a proteção social foi uma resposta espontânea da sociedade para proteger a classe trabalhadora.

Portanto, o *welfarianismo* e o neoliberalismo não devem ser entendidos como oposição absoluta, mas sim como uma lógica dialética da sociedade que se protege das mazelas da forma de produção e acumulação que desenvolveu.

Com as reformas dos Estados de Bem-Estar Social no final do século XX, diversas transformações vêm se intensificando nos arranjos entre o público e o privado no setor Saúde, no contexto atual de ideologias e forças políticas e econômicas que resultam das e nas relações entre mercado e Estado. Os efeitos das reformas foram mais de cunho administrativo, gerencial e econômico, não representando perda de direitos sociais, tampouco sustentando políticas de saúde que representassem diminuição da proteção ao risco para o universo da população, salvo algumas exceções.

Assim, mesmo com todas as reformas a pressão do setor privado não tem sido suficiente para desfazer os sistemas de saúde *bismarkianos* e *beveridgeanos*, baseados na proteção social, mas sim para introduzir novas formas de convívio entre o público e o privado no financiamento e na provisão dos serviços. Esse movimento resulta em novos formatos de *mix* público-privado no setor Saúde que precisam ser compreendidos para se garantir a prevalência do interesse público sobre o privado.

Embora o financiamento público continue extremamente importante nos sistemas de saúde da maioria dos países europeus e da OCDE, houve alterações no perfil do gasto privado e do copagamento no financiamento setorial que interferem no imbricamento público-privado nos sistemas de saúde, sobre o papel que o Estado desempenha sobre o *mix* e, provavelmente, na realidade do sistema de serviços de saúde, isto é, no dia a dia dos prestadores e dos usuários.

O contexto político-econômico e ideológico em que muitas sociedades se encontram na década de 1990 e, sobretudo, nos anos 2000, é de intensa presença das ideias do neoliberalismo, orientadas por questões econômicas e valores individuais em busca da maximização do benefício individual, por interesses de mercado e de acumulação financeira em detrimento dos valores coletivos e do princípio da

solidariedade. Esse contexto influencia os modelos de sistema de saúde que foram desenvolvidos com base em princípios de solidariedade e interfere nos fundamentos de universalidade, integralidade e na aderência que a sociedade tem à ideia do direito à saúde como um direito à cidadania.

Este tema é explorado por Deppe (2006), que considera haver uma “onipotência” do mercado sobre as questões sociais, a qual, junto à “economização” de questões sociais e médicas, transforma o caráter de política de saúde de “compensação do risco social” em “fator de suporte para a acumulação do capital global privado” (DEPPE, op. cit.: 4. Tradução livre), desfazendo-se a solidariedade na organização do cuidado da saúde em prol do fortalecimento dos interesses individuais e constituindo o processo que este autor chama de “reindividualização” e “comercialização”.

Os efeitos desses valores sobre as pessoas e a pressão do setor privado são observados em propostas de reforma de sistema de saúde, que se originaram pela insatisfação com estes sistemas e pela crença na “capacidade de competição de mercado de produção de ganho de eficiência (...) refletem forte oposição de grupos de interesses de seguradoras privadas, servidores civis e empregadores à cobertura universal estatutária” (MOSSIALOS e THOMPSON, op. cit.: 14. Tradução livre).

Entre os países da União Europeia existe uma orientação sobre como a política pública deve atuar frente aos efeitos perversos da cobertura duplicada. Para o caso dos países com Sistema Nacional de Saúde, em que o seguro privado duplica e suplementa os seus serviços, recomenda-se que a ação do Estado sobre o *mix* público-privado deve se restringir às questões comerciais e econômicas de sustentabilidade financeira das operadoras do seguro privado. O argumento apresentado é que o Estado não deve usar recursos financeiros e humanos para cuidar do mercado de seguros privados quando este não é o sistema de saúde estatutário do país, pois somente assim estaria sendo garantido que os principais esforços ocorram no sentido de melhorar o próprio sistema estatutário, que é o escolhido pela sociedade para a proteção social do país.

Esta é uma posição não só de alguns estudiosos (SALTMAN op. cit.; WASEM et al, 2004; THOMPSON e MOSSIALOS, 2006; THOMPSON e MOSSIALOS, 2008) desse tipo de *mix*, mas também resulta de acordo formal entre os países da União Europeia, por meio de um conselho diretor próprio, cujas regras estão documentadas na Diretiva que delimita o escopo da regulação de cada país segundo a função do seguro privado no sistema de saúde, a *Third Non-Life Directive*. Este acordo vem sendo realizado entre esses países desde 1994 e constantemente aprimorado e, nos casos de sistema duplicado, proíbe a extensão do escopo da regulação para além das questões econômicas.

Há autores (THOMPSON e MOSSIALOS, op. cit.) que, embora recomendem ampliar o debate sobre os limites das regras para outros tipos de *mix*, sugerem que no

caso do tipo Duplicado e Suplementar o Estado não deve usar seus recursos financeiros e humanos para cuidar extensivamente do mercado de seguros privados. O argumento é que neste tipo o sistema estatutário já é responsável pela proteção à saúde além do fato do modelo de sistema nacional de saúde atender ao interesse público por ser mais solidário e apresentar menores iniquidades que os demais tipos de sistema de saúde. Além disso, consideram que somente assim (Estado centrado no sistema público e regulação pouco extensa sobre o seguro privado) estaria sendo garantido que os principais esforços do Estado ocorram no sentido de melhorar o sistema estatutário, que é o escolhido pela sociedade para compor a proteção social.

4.5.2 | No Brasil

Ao longo dos anos 70 e 80 teve grande influência a proposta de transformação do modelo da atenção à saúde, que representou uma alternativa para o sistema de saúde brasileiro à crise econômica e previdenciária pela qual o país passava. Diversas mudanças ocorreram no setor Saúde, como a implantação das Ações Integradas de Saúde, AIS, em 1982, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) em 1986, a qual subsidiou os Constituintes na elaboração da Constituição Cidadã e, ainda, a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, SUDS, em 1987.

Esses fatos, em conjunto com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, influenciaram a Constituinte e resultaram nos preceitos do capítulo da Seguridade Social e da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988, que consagra um sistema público de saúde, com acesso gratuito e universal a uma ampla cesta de serviços de saúde, organizados pela integração entre os três níveis de atenção.

Ao mesmo tempo, foi permitida a possibilidade de a iniciativa privada atuar na assistência à saúde — por meio de relação contratual e convencional na prestação de serviços ao SUS, constitucionalmente denominada de “complementar”⁷ e posteriormente normatizada no Título III da LOS nº. 8.080/90, sobre os serviços privados de saúde — e foram definidos como de relevância pública as ações e os serviços de saúde, temas dispostos respectivamente nos Artigos 197 e 199. Posteriormente, estas disposições sustentam a atuação do Estado na regulação do mercado de seguros privados, por meio de lei própria, bem como a criação de órgão regulador (Lei nº. 9656/98 e ANS/MS).

O Relatório da 8ª CNS faz uma única menção ao segmento suplementar, e de forma muito vaga: “os incentivos à chamada medicina de grupo deverão ser revistos” (BRASIL, 1987: 387). Mesmo assim, tal sugestão não resultou em texto na Constituição

⁷ O artigo 199 da Constituição Federal estabelece que a “assistência à saúde é livre à iniciativa privada” e, em seu parágrafo primeiro, que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio”.

Federal, que não trata dos seguros privados especificamente. A omissão na Constituição se deu pelo não esclarecimento das regras entre o SUS e os seguros privados.

De qualquer forma, essa omissão pode ser considerada como uma política, uma vez que as políticas públicas constituem, como muito bem assinalou Menicucci, “um conjunto de decisões e ações governamentais e, também de não decisões” (MENICUCCI, 2007: 292). E é possível que a lacuna do texto constitucional sobre o *mix* público-privado nesse aspecto reflita a escolha pela permanência da ambiguidade da sociedade brasileira em relação à existência dos seguros privados concomitante à do SUS.

Em relação à disputa política sobre o sistema de saúde que estava sendo definido, a inexistência de uma abordagem própria ao arranjo entre o SUS e os seguros privados na Constituição é também resultado dos limites da força política do movimento da reforma sanitária. Este estava voltado à criação de um sistema público nos moldes dos sistemas nacionais de saúde e, sobretudo, à transformação da relação do Estado com os prestadores privados, não tendo havido, portanto, espaço para incluir na pauta dos interesses políticos uma negociação de qual tratamento dar aos seguros privados, que ainda não tinham tanta visibilidade como nos dias atuais.

Assim, além da criação do sistema público, um dos grandes avanços da Constituição Federal em relação ao *mix* público-privado foi a reformulação das regras de atuação da prestação privada. Foi redefinido o relacionamento entre o novo sistema de saúde e os prestadores privados de serviços (que já se relacionavam com o INAMPS), conforme as proposições da 8ª CNS, para que fosse reorientado o embasamento nas normas do Direito Civil, de “igualdade entre as partes”, para as do Direito Público, que tornariam o “serviço privado concessionário do serviço Público” (BRASIL, 1987: 288 e 387, *op. cit.*).

Com isso, a permissão da iniciativa privada na assistência à saúde de forma complementar admite a contratação das instituições prestadoras privadas pelo Estado, pelas empresas que comercializam os seguros privados e, ainda, diretamente pela população, sendo que grande parte dos prestadores privados e dos médicos pode atuar tanto no sistema público como no privado — e, de fato, atua, como discutido nas Seções anteriores.

Contudo, para que os serviços fossem prestados pelos profissionais e estabelecimentos privados e complementassem a oferta dos prestadores estatais, conforme os princípios de um sistema público, era necessário possuir uma capacidade operacional e política de imposição dos interesses públicos sobre os privados que o Estado e a sociedade ainda não tinham.

É possível que esta capacidade esteja sendo gradualmente desenvolvida, refletindo na edição de algumas normas para a regulação assistencial, como as

Normas Operacionais Básicas (NOB), a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e o Pacto pela Saúde. Mais recentemente, a proposta do Ministério da Saúde de regulação pública do SUS, publicada na Portaria que institui a Política Nacional de Regulação do SUS (MS, 2011), que vinha sendo discutida desde 2006 e foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), organiza os fluxos da prestação de serviços de assistência à saúde tendo em vista todo o sistema de saúde, incluído o segmento suplementar. Desse ponto de vista, esta política visa uma regulação que abrange mais que o SUS e, mesmo que seu nome seja de regulação do SUS, na realidade é do sistema de saúde como um todo. Também deve ser destacada a busca pelos caminhos de uma descentralização que leve à constituição de redes de atenção e viabilize um passo na direção da tão falada regionalização, como a recente Portaria do MS (2011).

Também, são cada vez mais presentes na pauta da política de saúde mecanismos de regulação, como os para a contratualização, as centrais de regulação de leitos e de procedimentos especializados. Além disso, aumentam questionamentos à disseminação da implantação de diversas experiências de formas de gestão cada vez mais imbricadas entre o público e o privado na saúde, como as Organizações Sociais, as experiências em São Paulo de AMA, PAS, entre outras. Além disso, surgem sugestões de revisões do modelo jurídico dos prestadores públicos e privados, como, por exemplo, a proposta de Fundação Estatal.

Mas tudo indica que as mudanças ainda estão acompanhadas de baixo potencial para enfrentar o componente da atuação do mercado privado que afeta negativamente o interesse público e o SUS. Ainda estamos vivenciando um forte componente ideológico que dificulta o debate sobre o avanço em novas formas de gestão que realmente o protejam do interesse privado. Por um lado, esse debate é marcado por uma característica de corporativismo dos funcionários públicos que trabalham no SUS que dificulta a sua contribuição para a viabilização da melhoria na gestão, como mostra Nogueira (2011). Mas, por outro lado, são esses mesmos profissionais que estão representando alguma possibilidade de defesa do Estado em relação aos riscos da atuação de novos modelos público-privados na gestão de serviços públicos, os quais vêm se propagando de forma avassaladora e sem grandes compromissos com a *res pública*; ao mesmo tempo em que ainda não se tem a necessária capacidade técnica e política do Estado em saber defender o que é público.

Muito embora a referida capacidade operacional e política de imposição dos interesses públicos sobre os privados que o Estado e a sociedade têm esteja mudando, as informações discutidas nas Seções anteriores mostram que a estrutura da sociedade não parece estar sofrendo alterações a ponto de esta capacidade defender fortemente o interesse público do privado.

Diante desse contexto, a inserção do seguro privado no sistema de saúde brasileiro merece ser amplamente discutida. Como já demonstrado acima, temos uma

cobertura duplicada que resulta da coexistência do sistema público, orientado para proporcionar acesso gratuito e universal a uma cesta integral de serviços de saúde, com o mercado de seguros privados, que oferece serviços semelhantes aos do público e, muitas vezes, com sofisticações, fato esse que lhes dá a característica de complementar. O que tem sido feito em relação a isso e quais os possíveis caminhos para a política de saúde em nosso país?

Primeiramente, urge incluir o tema na agenda política, de modo a permitir a participação da sociedade, possibilitando, assim, uma rearticulação em defesa do fim dos subsídios fiscais para dedução dos gastos privados com saúde, tanto do IRPF como do IPRJ, como atualmente permitidas. Atualmente, o que se vê é um movimento contrário, com tendência a ampliar tais subsídios, como nos mostra a recente inclusão dos gastos com seguro de empregados domésticos na lista de deduções do IRPF.

Junto a isso, os apontamentos das questões teóricas sobre o arranjo suplementar e com cobertura duplicada no debate internacional apontam diferenças em relação aos rumos observados na política de regulação que vem sendo destinada ao mercado de seguros privados no Brasil. Mesmo considerando que cada sociedade tem o seu próprio processo histórico e que as taxas de cobertura de seguro privado em países com sistema nacional de saúde não cheguem ao patamar dos 20% da brasileira, em muitos casos elas também são altas e conformam problemas no arranjo público-privado daqueles países. Sem questionar os avanços da existência de uma política regulatória, uma vez que a crítica só é possível de ser feita a partir do amadurecimento adquirido ao longo dos últimos 10 anos de sua existência — desde quando iniciada no Ministério da Saúde em 1998, primeiro no extinto Departamento de Saúde Suplementar (Desas/SAS/MS) e depois na ANS/MS.

Partindo do pressuposto que (i) muito provavelmente o tipo de arranjo público-privado que temos continuará sendo o suplementar e duplicado por tempo indeterminado e; (ii) que devido à concentração da renda da sociedade brasileira, a grande parte dos indivíduos com poder aquisitivo ou emprego para ter seguro privado já o têm, configurando uma saturação da demanda como a atingida nos países da Europa; deve-se questionar quais os efeitos que esta regulação está tendo sobre o grau de solidariedade da proteção social e o interesse público.

A regulação que tem sido feita no Brasil sobre as relações entre os seguros privados e o SUS, muitas vezes, é focada no segmento suplementar e não sobre todo o *mix* público-privado, como deveria (MENICUCCI *op. cit.*; SANTOS, 2009). A presente regulação ainda não protege os objetivos do SUS, e isso poderia ser feito mantendo-se o nosso sistema de saúde híbrido, desde que se tornasse voltado para responder às necessidades de uma proteção social solidária e mais equânime.

Mesmo nos pontos em que a Lei nº. 9.656/1998 (Brasil, *op. cit.*) estabelece interface do segmento suplementar com o SUS — por exemplo, o ressarcimento —, o

objeto a ser regulado é o seguro privado, objetivando-se diminuir a área de abrangência deste com o SUS e não regulando o SUS quanto à organização do sistema, com base nas sobreposições de uso e financiamento. Isto poderia ser feito a partir da reorientação do esforço que vem sendo feito pela ANS para a cobrança do ressarcimento, em direção ao uso das informações epidemiológicas e sobre o uso de serviços do SUS por pacientes com cobertura duplicada, de modo que subsidiem a regulação do SUS, com vistas a regular a dupla porta de entrada nos estabelecimentos.

Desde a implantação da regulação, além de atuar nas questões econômico-financeiras das seguradoras, a regulação também é fortemente extensiva às questões relativas à integralidade e a cobertura de serviços, e há tendência em aumentar este objetivo da regulação, na direção de ampliar a cobertura de serviços para os segurados (SANTOS, 2009 op. cit.). Esta atuação do Estado brasileiro sobre o segmento de seguro privado é de expansão da população com cobertura duplicada e dos serviços que são duplicados e tem, portanto, se dado na contramão do que é proposto pelos trabalhos realizados com países europeus e da OCDE.

Por mais que essa política venha a ocorrer por desconhecimento da gravidade de seus efeitos negativos sobre o sistema de saúde como um todo, é inegável que traz como consequência a perpetuação da segmentação da sociedade brasileira. E assim a política de saúde termina por configurar uma das formas de sustentação não apenas do mercado de seguros privados, mas também da elite brasileira.

Portanto, é necessária a reorientação da atuação do MS para um outro objeto da regulação, cujo foco seja transferido do mercado de seguros privados para o *mix* (a chamada “regulação integrada” em Cordeiro et al op. cit.), a partir de regras que protejam o SUS dos efeitos indesejáveis do *mix* público-privado relacionados à cobertura duplicada, no tocante ao uso, prestação, financiamento e acesso aos serviços do SUS. Seria não mais a regulação do Estado sobre o segmento suplementar, mas sim sobre o arranjo público-privado no sistema de saúde.

4.6 | Enfim

Mesmo que, diante das reformas das últimas décadas, a grande maioria dos países desenvolvidos não tenha abandonado a condição de cidadania que fundamenta seus sistemas de proteção social, os valores neoliberais que atribuem maior importância às questões individuais e maior eficiência ao mercado têm estado cada vez mais presentes, gerando transformações sobre como as pessoas concebem um sistema de saúde ideal.

Somem-se a isso as consequências advindas da resposta à crise fiscal pela qual muitos países passaram e passam — vide imposição do FMI de diminuição do gasto social público português para recebimento dos empréstimos — e da difusão

da ideia de ineficiência do Estado quanto à sua capacidade de gerenciamento, que reforçaram os valores individualistas e a crença no mercado como a instância que melhor faria a provisão e distribuição de bens e serviços sociais. Este movimento afeta a confiança na adequabilidade da proteção social ser universal e fortalece a ideia de que seja um bem de responsabilidade individual.

No caso brasileiro, os valores individuais também influenciam o comportamento da sociedade e as políticas públicas, tanto em relação à menor importância atribuída aos valores coletivos, como na diminuição da crença da capacidade do Estado de gerir o que é público e na pressão para que o Estado regule os mercados públicos e privados, sendo que o mercado privado procura exercer influência para que o Estado aceite sua autorregulação.

Além disso, deve ser destacado que, embora as propostas neoliberais não tenham destruído a proteção social conquistada ao longo da década de 1980 e expressa na Constituição Federal de 1988, nosso modelo de Estado de Bem-Estar sofreu fortes constrangimentos devido ao ajuste macroeconômico ao longo da década de 1990 e nos anos 2000. Com isso, ao mesmo tempo em que, por um lado, a proteção social no setor Saúde continuou explicitamente baseada na concepção de um sistema nacional de saúde, por outro lado, a manutenção e a efetivação de seus princípios resultam implicitamente de: (i) uma contínua disputa entre o interesse público e os privados que permeiam a sociedade e (ii) das configurações herdadas no desenvolvimento histórico do sistema de saúde, do Estado e da sociedade brasileiros. Estes são provavelmente os fatores determinantes para a forte preocupação pela boa “saúde” do segmento de seguros privados e das instituições que estão sendo criadas, desenvolvidas e fortalecidas para executarem a gestão pública, como, por exemplo, as Organizações Sociais e as empresas para gestão compartilhada no caso do estado do Rio de Janeiro.

4 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, C; PIOVESAN, MF; SANTOS, IS; MARTINS, ACM; FONSECA, AL; SASSON, D; SIMÕES, KA. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Rev. C S Coletiva** 2008; 13(5): 1421-1430.

ANDREAZZI, MFS; OCKÉ-REIS, CO. Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. **Physis**. Ver Saúde Coletiva 2007, 17(3): 521-544.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). **Observatório ANAHP**. ANAHP; 2010. 114 p.

BAHIA, L; LUIZ, RR; SALM, C; COSTA, AJL; KALE, PL; CAVALCANTI, MLT. O Mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. **Rev. C S Coletiva** 2006; 11(4): 951-965.

BAHIA, L; SCHEFFER, M. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde no Brasil. **Relatório de Estudo**, abril de 2011. Disponível em http://www.cebes.org.br/media/File/Planos_de_Saude_Eleicoes.pdf (Acessado em 14 de junho de 2011).

BORGES DOS SANTOS, MA; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2004; 9(3): 795-806.

BORGES DOS SANTOS, MA; PASSOS, SR. Comércio internacional de serviços e complexo industrial da saúde: implicações para os sistemas nacionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 2010; 26(8): 1483-1493.

BORGES DOS SANTOS, MA; MORAES RM; HOLGUIN TG; PALIS RL. Participação das atividades de saúde na economia brasileira: informações da Conta de Saúde 2000-2007. **Revista Panamericana de Salud Pública**. 2012; 31(2): 153-160.

BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Anais**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430 p.

_____. **Lei nº 11.439** de 29 de dezembro de 2006. Dispõe sobre as diretrizes orçamentárias de 2007 e dá outras providências.

_____. **Lei nº 11.451** de 07 de fevereiro de 2007. Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2007.

_____, MINISTÉRIO DA FAZENDA. Secretaria da Receita Federal. Coordenação-Geral de Política Tributária. **Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária — 2003** (Gastos Tributários). Brasília, 2002.

_____, Secretaria da Receita Federal. Coordenação-Geral de Política Tributária. **Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária — 2010** (Gastos Tributários). Brasília, 2009.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria/GM/MS nº. 1.559** de 10/08/2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde — SUS.

_____, **Portaria/GM/MS nº. 1.473** de 24/06/2011. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde.

_____, **Agência Nacional de Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos**, dezembro de 2009. Rio de Janeiro: 2009.

_____, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos**, Dezembro de 2010. Rio de Janeiro, março de 2011.

CARVALHO, G 2011. **Gasto com Saúde no Brasil em 2009**. http://www.idisa.org.br/site/paginas/visualiza_subcategoria.php?sub=324 (Acessado em 10 de junho de 2011).

CHERNICHOVSKY, D. **The public-private mix in the modern health care system** — concepts, issues, and policy options revisited. Working Paper n. 7881. NBER: September 2000. <http://www.nber.org/papers/w7881> (Acessado em 4 de outubro de 2006).

COLOMBO, F; TAPAY, N. Private Health Insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems. **OECD Health Working Papers** n. 15. Paris: OECD; 2004.

CONILL, EM. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, GWS; MINAYO MCS; ANDRADE, LOM; AKERMAN, M; DRUMOND JR, M; CARVALHO YM (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz 2006: 563-614.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; INSTITUTO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Planos de Saúde: nove anos após a Lei 9.656/98**. São Paulo: Cremesp e Idec, 2007. 207 p.

CORDEIRO, HA; CONILL, EM; SANTOS, IS; BRESSAN, AI. Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual. In: SANTOS, NR; AMARANTE, PDC (Org.). **Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Cebes, 2010.

COUFFINHAL, A. **Concurrence en assurance santé: entre efficacité et sélection** (Competition in health insurance: between efficiency and selection). [Dissertation]. Paris, Université Paris IX-Dauphine; 1999.

CRIVELLI, L; FILIPPINI, M; MOSCA, I. Federalism and regional health care expenditures: an empirical analysis for the Swiss cantons. **Health Economics**. 2006; 15(5): 535-541.

CUTLER, DM. **Health Care and the Public Sector**. Working Paper n. 8802. NBER: February 2002.

DEBER, RB. **Delivering health care services: public, not-for-profit, or private?**. Discussion Paper nº. 17. Commission on the Future of Health Care in Canada: 2002. 63 p.

DEPPE, HU. **The present situation and perspective of universal systems of health**. Texto apresentado ao 11o Congresso Associação Brasileira de Saúde Coletiva, ABRASCO. Mimeo. Rio de Janeiro: 2006.

DINIZ, BPC; SERVO, LMS; PIOLA, SF; EIRADO, M. Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. In: **Gasto e Consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. FG Silveira, Servo LM, Menezes T, Piola SF (org.) vol. 2. Brasília: Ipea, 2006.

ESPING-ANDERSEN, G. **Social Foundations of Postindustrial Economies**. New York, Oxford: 1999.

_____. O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. **Rev Lua Nova** 1995, 35: 73-111.

EUROPEAN COMMISSION. **Council Directive** 92/49/EEC de 18 de junho de 1992, on coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct insurance other than life assurance (Third non-life Directive). OJ L 228 11/8/1992): 1-23.

EVANS, R. Financing Health Care: Taxation and Alternatives. In: Mossialos et al. **Funding health care**: options for Europe. Open University Press. World Health Organization, European Observatory on Health Care Systems Series: 2002. http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020524_21 (Acessado em 12 de abril de 2007).

FREEMAN, R; MORAN, M. A saúde na Europa. In: Negri B e Viana ALd'Ávila (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo, Sobravime; Cealag 64-45 :2002.

FUSTÉ, J; SÉCULI, E; BRUGULAT, P; MEDINA, A; JUNCÀ, S. Población con cobertura pública odoble cobertura de aseguramiento sanitario: cuál es la diferencia? **Gac Sanit** 2005, 19 (1): 15-21.

GERSCHMAN, S et al. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. **Rev. C S Coletiva** 2007; 12(2): 487-500.

GIOVANELLA, L. **Solidariedade ou Competição?** Políticas e sistema de atenção à saúde na Alemanha. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 2001.

GOLDMAN, D. ROMLEY, JA. **Hospitals as hotels**: the role of patient amenities in hospital demand. NBER Working Paper n.º 14619. National Bureau of Economic Research. Cambridge: 2008.

GONZÁLEZ LÓPEZ-VÁLCARCEL, BG; PÉREZ, PB. **Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España**. Documento de Trabajo n.º 90. Espanha: Laboratorio de Alternativas; 2006.

GONZÁLEZ, P. On a policy of transferring public patients to private practice. **Health Economics** 2005; 14: 513-527.

HANSON, K; BERMAN, P. **Private health care provision in developing countries**: a preliminary analysis of levels and composition. Data for Decision Making Project. Harvard School of Public Health. Boston: Massachussetts. 1995.

HOKKO, S; HAVA, P; ORTUN, V; LEPPÖ, K. The role of State in Health Care Reform. In: Saltman RB; Figueras J, Sakellarides C (ed.) **Critical Challenges for Health Care Reform in Europe**. Open University Press 1998: 289:307.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE 1998.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE 2003.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE 2008.

_____. **Economia da Saúde**: uma perspectiva macroeconômica 2000-2005. Estudos e Pesquisas-Informação Econômica n. 9. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

_____. **Conta-satélite de saúde**: Brasil 2005-2007. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.102p.

- _____. **Conta-satélite de saúde:** Brasil 2007-2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.109p.
- _____. **Estatísticas da saúde:** assistência médico-sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. 167p.
- _____. **Censo Demográfico 2010.** Rio de Janeiro: IBGE 2011.
- JONES, AM; KOOLMAN, X; VAN DOORSLAER, E. **The impact of supplementary private insurance on the use of specialists in selected European countries.** 2005. Disponível no endereço eletrônico <http://www2.eur.nl/bmg/ecuity/ecuityiiiwp.htm> em 4 de outubro de 2006.
- JORNAL O GLOBO, dia 06 de julho de 2011. “IR: plano de saúde de doméstica terá dedução” (Capa) e “Câmara aprova dedução com plano de saúde para domésticos até 2010” (caderno Economia, p. 27).
- KAHN, MA. **Achieving the millennium development goals: the public/private mix.** (Draft). UNDESA. 2005. 12 p.
- MACKINTOSH, M; KOIVUSALO, M. Health systems and commercialization. In search of good sense. In: MACKINTOSH, M; KOIVUSALO, M (ed.). **Commercialization of health care:** global and local dynamics and policy responses. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2005. 344 p.
- MARMOR, TR. Comparing global health systems: lessons and caveats. In: WIENERS, WW. (Ed.). **Global health care markets:** a comprehensive guide to regions, trends, and opportunities shaping the international health arena. San Francisco: Jossey-Bass, p. 7-23, 2001.
- MAYNARD, A. Enduring problems in healthcare delivery. In: MAYNARD, A (Ed.). **The public-private mix for Health.** Chapter 14. Oxon, United Kingdom: The Nuffield Trust, Radcliffe publishing Ltd, 2005, 293-309.
- _____. (Ed.). **The public-private mix for Health.** Chapter 14. Oxon, United Kingdom: The Nuffield Trust, Radcliffe publishing Ltd, 2005, 293-309.
- _____. Common challenges in healthcare markets. In: MAYNARD, A (Ed.). **The public-private mix for Health.** Chapter 13. Oxon, United Kingdom: The Nuffield Trust, Radcliffe publishing Ltd, 2005, 279-292.
- MEDICI, AC. **O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil:** dimensão, estrutura e funcionamento. Relatórios Técnicos nº. 02. Rio de Janeiro: ENCE/IBGE, 1990.
- MENEZES, T; CAMPOLINA, B; SILVEIRA, FG; SERVO, LM; PIOLA, SF. O gasto e a demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da POF 2002-2003. In: **Gasto e Consumo das famílias brasileiras contemporâneas.** SILVEIRA, FG; SERVO, LM; MENEZES, T; PIOLA, SF (org.) vol. 1. Brasília: Ipea, 2006.
- MENICUCCI, TMG. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil:** atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- MOSSIALOS, E; THOMPSON, SMS. **Voluntary Health Insurance in Europe Union.** Copenhagen, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies: 2004.
- NOGUEIRA, RP. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: Santos NR e Amarante PDC (Org.). **Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Cebes, 2010.

NORONHA, JC; SANTOS, IS; PEREIRA, TR. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: Santos NR e Amarante PDC (Org.). **Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Cebes, 2010.

OCKÉ-REIS, CO. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento? **Trab. Educ. Saúde** 2008, 6 (3): 613-622.

_____. A política de saúde, sem trocadilho, é vital. **Valor Econômico**, 23 de janeiro de 2011.

_____. Santos, FP. **Mensuração dos gastos tributários em saúde** — 2003-2006. Texto para Discussão, n.º 1637. Rio de Janeiro: IPEA, Jul. 2011.

_____. **Mensuração dos Gastos Tributários: o caso dos planos de saúde** — 2003-2011. Nota Técnica IPEA n.º 5. Rio de Janeiro, maio de 2013.

OECD (2004). Private Health Insurance in OECD Countries. **The OECD Health Project**. http://www.oecd.org/document/10/0,2340,en_2649_37407_33913226_1_1_1_37407,00.html (Acesso em: 13 de dez. de 2005).

OECD (2010). **Health at a glance 2009**. Paris, OECD, 2010.

OLIVEIRA, CMF. **Utilização dos Serviços do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde [dissertação]**. Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz; 2009.

PAIM, J; TRAVASSOS, CM; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. **The Lancet** 2011, maio, Saúde no Brasil: 11-31.

PEREIRA, J. Mimeo. **Apresentação no Congresso Internacional de Economia da Saúde**. Buenos Aires, novembro de 2006.

PESSOTO, UC; JEIMANN, LS; BOARETTO, RC; CASTRO, IEN; KAYANO, J; IBANHES, LC; JUNQUEIRA, V; ROCHA, JL; BOARBOZA, R; CORTIZO, CT; MARTINS, LC; LUIZ, OC. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na região metropolitana de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva** 2007, 12(2): 351-362.

POLANYI, K. **A grande transformação: as origens de nossa época**. Rio de Janeiro: Campos, 2000.

PORTO, SM; SANTOS, IS; UGÁ, MAD. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. **Ciência e Saúde Coletiva** 2006; 11(4): 895-910.

PREKER, AS; HARDING, A. **The Economics of Public and Private roles in Health Care: insights from institutional economics and organizational theory**. The World Bank 2000, Working Paper n. 21875. <http://www.wds-worldbank.org> (Acessado em 4 de outubro de 2006).

RAJASULOCHANA, S; DASH, U. **The Economics behind public-private partnerships (PPPs) in health sector**. 2009. <http://www.cehat.org/go/uploads/PPP/rajasulochanapaper.pdf> (Acessado em 11 de maio de 2011).

RIBEIRO, JM. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2009; 14(3): 771-782.

RODRÍGUEZ, M. Los copagos en atención médica y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad. In: Puig-Junoy J, organizador. **La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria**. Informes FRC 1. Barcelona: Fundació Rafael Campalans; 2008.

RODRIGUES, PH. **Apocalipse não: o Estado de Bem-Estar Social sobrevive à onda neoliberal.** Tese de doutoramento. Rio de Janeiro, IMS/UERJ 2003.

RODRIGUES, PH; SANTOS, IS. **Saúde e Cidadania:** uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo, Editora Atheneu: 2008.

SALTMAN, RB. Melting public-private boundaries in European health systems. **European Journal of Public Health 2003**, 13: 24-29.

SANTOS, IS. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro:** elementos para a regulação da cobertura duplicada [Tese]. Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz; 2009.

_____. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Rev C S Col** 2011; 16(6): 2734-2752.

SANTOS, IS; UGÁ, MAD; PORTO, SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização dos serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** 2008, 13(5): 1431-1440.

SANTOS, NR. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência e Saúde Coletiva** 2007; 12(2): 429-436.

_____. Políticas públicas e cidadãos: busca de rumos. Contribuição para posicionamento com os novos Governos: Federal e Estaduais. **Ciência e Saúde Coletiva**, no prelo.

SASSON, D; SILVEIRA, DP; SANTOS, IS; MACHADO, JP; SOUZA, SMM; MENDES, S. Diferenças no perfil de mortalidade da população brasileira e da população beneficiária de planos de saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006:** uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

SILVA, HP; VIANNA, ALA. O financiamento do SUS no Brasil, gasto em saúde e as modalidades para sua racionalização. In: IBAÑEZ, N; ELIAS, PE; SEIXAS, PH. **Política e gestão pública em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2011.

SMITH, RD. Foreign direct investment and trade in health services: a review of the literature. **Social Science & Medicine**. 2004; 59(11): 2313-2323.

STIGLITZ, JE. Replanteamiento del papel económico del estado: bienes privados suministrados publicamente. In: Colección els llibres dels Fulls Econòmics 10. LÓPEZ CASASNOVAS, G. **Col·lecció 1 Economia de la Salut.** Generalitat de Catalunya, Barcelona, Department de la Sanitat i Seguretat Social, 1994: 19-47.

THOMPSON, SMS; MOSSIALOS, E. **Regulating private health insurance in the European Union:** the implications of single market legislation and competition policy. Working Paper n. 4. LSE Health, London: November 2006. British Library Cataloguing in Publication Data.

THOMPSON, SMS; MOSSIALOS, E. Internal market rules and regulation of private health insurance: threat or opportunity? **Euro Observer. European Observatory on Health System**, volume 10, n. 3: Autumm 2008

TUOHY, CH; FLOOD, CM; STABILE, M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD Nations. **Journal of Health Politics, Policy and Law** 2004, 29(3): 359-396.

UGÁ, MAD. **Propostas de Reforma do Setor Saúde nos marcos do Ajuste Macroeconômico**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, IMS/UERJ agosto de 1997.

UGÁ, MAD; MARQUES, RM. O Financiamento do SUS: Trajetória, contexto e constrangimentos. In: Lima, NT; Gershman, S; Edler, FC (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ 2005: 93-233.

UGÁ, MAD; SANTOS, IS. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad Saúde Pública** 2006; 22(8): 1597-1610.

VAN DOORSLAER, E; KOOLMAN, X; PUFFER, F. **Equity in the use of physician visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved?** In: Measuring up: improving health systems performance in OECD countries. OCDE, Paris, 2002: 225-248.

VERA-HERNÁNDEZ, A. Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia. **Health Economics** 1999; 8: 579-598.

VIANNA, SM (COORD); NUNES, A; GÓES, G; SILVA, JR; SANTOS, RJM. **Atenção de alta complexidade no SUS: desigualdades no acesso e financiamento**. Volume I. Projeto Economia da Saúde. Brasília: IPEA/MS, 2005.

VICTORA, CG; BARRETO, M; LEAL, MC; MONTEIRO, CA; SCHMIDT, MI; PAIM, J; BASTOS, FI; ALMEIDA, C; BAHIA, L; TRAVASSOS, CM; REICHENHEIM, M; BARROS, FC; THE LANCET BRAZIL SERIES WORKING GROUP. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **The Lancet** 2011, maio, Saúde no Brasil: 90-102.

WAGSTAFF, A et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. **Journal of Health Economics** 1999, 18(3): 263-290.

WASEM, J; GREB, S; OKMA, KGH. "The role of PHI in social health insurance countries". In: **Social health insurance systems in western Europe**. Saltman RB, Busse R, Figuera J (Ed.). England Open University Press, 2004: 227-247.

WILLIAMS, A. The pervasive role of ideology in the optimisation of the public-private mix in public healthcare systems. In: MAYNARD, A (Ed.). **The public-private mix for Health**. Chapter 2. Oxon, United Kingdom: The Nuffield Trust, Radcliffe publishing Ltd, 2005, 7-19.

WILLIAMSON O. Transaction costs economics: the governance of contractual relations. **J Law and Econ** 1979, 22(2):233-261.